



GUÍA DE CUIDADOS ENFERMEROS EN LA RED DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN

Plan Estratégico de Salud Mental
Comunidad Autónoma de Aragón
Servicio Aragonés de Salud

*GUÍA DE CUIDADOS
ENFERMEROS EN LA RED
DE SALUD MENTAL DE ARAGÓN*

Plan Estratégico de Salud Mental

Comunidad Autónoma de Aragón

Servicio Aragonés de Salud

Queremos agradecer al proyecto “Visiones” y “Visiones a Cielo Abierto” la colaboración en las portadas de estas ediciones de los “Programas de Atención a la Salud Mental” patrocinado por:

Fundación Profesor Ramón Rey Ardid y centros colaboradores:

- ASAPME
- Neuropsiquiátrico Nª Sª del Carmen
- Centro de Día San Carlos CARITAS
- Residencia Profesor Rey Ardid
- Hospital Psiquiátrico Nª Sª del Pilar
- Centro Psiquiátrico Provincial San Juan de Dios de Teruel
- Hospital Psiquiátrico Provincial de Huesca
- Centro Especial de Empleo. Asociación el Cierzo
- Centro Psiquiátrico de Sádaba
- Fundación Agustín Serrate Torrente. Centro de Día Arcadia
- Centro de Día Romareda

Al **Director** de la muestra: D. Sergio Abraín, Artistas y Coordinadores.

Y especialmente a **todos** los participantes, usuarios y monitores.

Ilustración Portada: Grupo residencia Profesor Rey Ardid. Juslibol (Zaragoza)

PRESENTACIÓN

La planificación y posterior desarrollo de la asistencia psiquiátrica en nuestra comunidad autónoma han sido, sin duda, una de las prioridades establecidas por el Servicio Aragonés de Salud desde sus comienzos. Prueba de ese especial interés de SALUD por la atención a los enfermos mentales son es, entre otras muchas actuaciones, estas publicaciones de la serie “Programas de Salud Mental”. Sin la colaboración de todos los profesionales que trabajan y se esfuerzan día a día en esta ardua y complicada tarea, sin embargo, cualquier otro tipo de empeño, por mucho apoyo institucional que conllevara, resultaría por completo infructuoso.

Consecuencia de ese interés común en el que se afanan SALUD y trabajadores han sido los documentos elaborados por los grupos de expertos que se crearon como figuras de apoyo y asesoramiento durante la redacción del “Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón”. Plan que, tras dos años de esfuerzo, fue presentado en las Cortes regionales el 9 de octubre de 2002, y que hoy tenemos la obligación y el derecho de ejecutar con la ayuda de todos los profesionales, usuarios y familiares.

La enfermería es una profesión humanista que ayuda a las personas a cubrir sus necesidades de salud, necesidades que son determinantes en la evolución de las personas, la familia y la sociedad en general, y que a la vez obligan a entender el concepto de salud de una manera holística en permanente cambio.

En salud mental es, sobre todo, a partir de la Reforma Psiquiátrica con el cambio de funciones de estos profesionales, desde el hospital a la comunidad, lo que ha hecho que las tareas se concreten en un equilibrio entre la parte científica y metodológica y la humanidad inherente e insustituible del cuidado.

Afrontar las necesidades de cuidados que presentan los ciudadanos a los que atiende con abordajes individuales, familiares y grupales, potenciando la promoción y prevención de la salud mental y

ejerciend o funciones preventivas, asistenciales, terapéuticas y rehabilitadoras es consecuencia de la profunda transformación del rol profesional de una nueva enfermería de salud mental, cuyo cometido principal es la provisión de cuidados como un espacio propio.-

El presente programa ofrece una perspectiva de la atención al enfermo mental totalmente renovada, procurando como campo de intervención una óptima calidad de cuidados.

Consideramos que todos los esfuerzos para mejorar y capacitar al enfermo mental, sean una tarea que permita velar por la autonomía de estas personas, y que este programa "Guía de cuidados enfermeros en Salud Mental" sistematizado, integral y "cuidado" hasta el último detalle, pueda desarrollarse con nuestro más sincero apoyo.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alfonso Barra', with a large, sweeping flourish at the end.

Alfonso Vicente Barra
Director Gerente
de SALUD

AUTORES

Coordinador: Armando José Colomer Simón

Luis Benedí Sanz

José Manuel Granada López

María Ángeles Rams Claramunt

CONSULTORES

Jesús Ruiz Barranco

María Pilar Félez Gerona

PRESENTACIÓN

Con motivo de la elaboración del Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón, a instancias de la Dirección General de Ordenación, Planificación y Evaluación, se consideró prioritaria la redacción de distintos programas, entre los que se encuentra el Programa de Cuidados Enfermeros en Salud Mental. Como consecuencia, se creó un grupo de trabajo integrado por profesionales de enfermería con experiencia asistencial en distintos recursos psiquiátricos, en planificación y en gestión de servicios enfermeros.

Desde abril de 2000 hasta febrero de 2001 se han desarrollado las sesiones de trabajo que, con el método de consenso y recopilación de textos y materiales, junto a la experiencia acumulada, dan origen a esta guía que proponemos. Lo que supone el punto de partida que permita homogeneizar las prácticas de los enfermeros en salud mental, mejorar la calidad y aumentar la eficacia de nuestras acciones.

Esta guía responde al conocimiento de las necesidades más comunes de las personas con problemas de salud mental, cómo identificarlas, se ofrecen pautas de actuación (Planes de Cuidados) con criterios de resultados, y finalmente introduce la necesidad de registrar y plasmar en un informe las intervenciones profesionales. Estos elementos básicos van a favorecer la investigación sistemática, la mejora de la calidad y continuidad en el proceso asistencial.

Por otra parte, este trabajo no tiene otra pretensión que la de invitar a los profesionales de Enfermería que trabajan en la red de Salud Mental a adaptarlo a las peculiaridades de su recurso, y de individualizar los planes propuestos según las necesidades del usuario atendido.

INDICE

Págs.

Agradecimientos.....	2
Presentación.....	3
Autores.....	5
Introducción.....	11
1.1. Necesidades más frecuentes en los pacientes psiquiátricos.....	13
1.2. Cartera de servicios. Contribución enfermera. Ámbitos de actuación de los profesionales de enfermería en la red de salud mental.....	15
1.3. Cartera de servicios que el programa debe incluir. Catálogo de actividades enfermeras en la red de salud mental.....	17
1.4. La evaluación de un servicio enfermero en la red de salud mental.....	18
1.5. Desarrollo del proceso enfermero.....	20
1.5.1. Obtención de los datos.....	21
1.5.2. Validación de los datos.....	24
1.5.3. Organización de los datos.....	25
1.5.4. Identificación de los datos.....	25
1.5.5. Ejecución.....	25
1.5.6. Evaluación.....	26
ANEXO 1. Seguimiento del trastorno mental grave (T.M.G.) en el Centro de Salud Mental (C.S.M.): “La gestión de cuidados enfermeros”.....	27
ANEXO 2. Un sistema de valoración de necesidades de cuidados. Los patrones funcionales de salud como guía para la valoración.....	43
ANEXO 3. Un lenguaje común. Identificación de los problemas de cuidados detectados. Nosología. N.A.N.D.A.....	61

ANEXO 4. Un número de planes de cuidados disponibles
(carácter general para su adaptación).69

ANEXO 5. Planes de cuidados adaptados a una Unidad de Media Estancia.....95

ANEXO 6. Planes de cuidados adaptados a una Unidad
de Corta Estancia de Hospital General.....107

ANEXO 7. Criterios de resultados de elección como resultados esperados
de las intervenciones derivadas de los planes de cuidados.....137

ANEXO 8. Síntesis del programa de cuidados enfermeros en Salud Mental.153

ANEXO 9. Registros para la valoración enfermera.165

ANEXO 10. Protocolo de valoración consensuado.177

Bibliografía.....183

INTRODUCCIÓN

- 1.1. Necesidades más frecuentes en los pacientes psiquiátricos.**
- 1.2. Cartera de servicios, contribución enfermera. Ámbitos de actuación de los profesionales enfermeros en la red de Salud Mental.**
- 1.3. La cartera de servicios que el programa debe incluir. Catálogo de actividades enfermeras en la red de Salud Mental.**
- 1.4. La evaluación de un servicio de enfermería en la red de Salud Mental.**
- 1.5. Desarrollo del proceso enfermero.**

Obtención de los datos.

Validación de los datos

Organización de los datos.

Identificación de los datos.

Ejecución

Evaluación.

INTRODUCCIÓN

La elaboración de esta Guía surge de la necesidad que tenemos de acotar el campo de intervención de la enfermería especialista en salud mental. Una serie de instituciones y profesionales de prestigio a escala internacional han aportado diferentes definiciones, con la intención de favorecer la mejora de las ofertas de atención a las poblaciones desde los equipos profesionales. Pelletier, L.R. (1990) refiere: “la cualidad más importante de la enfermera psiquiátrica es la capacidad de iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el paciente”.

Las respuestas a las necesidades humanas en materia de salud mental, desde un punto de vista eficaz y eficiente, no se pueden entender si éstas no se abordan decididamente desde un trabajo en equipo. De tal manera, en salud mental, dada la complejidad de articulación de los factores influyentes, es imposible trabajar si no se dispone de un grupo de profesionales bien entrenados y si estos no están capacitados para trabajar juntos.

Otro de los grandes retos pendientes de acometer es que todos los grupos de enfermeras que trabajamos en la red de Salud Mental, actuemos con el PE (Proceso Enfermero). Un método de trabajo sistemático y organizado para administrar cuidados, que nos permita establecer un plan basado en las respuestas humanas, favoreciendo la comunicación y relación para beneficio del paciente, que sea mensurable y evaluable, por lo tanto, capaz de demostrar el papel fundamental que la enfermería desarrolla dentro del equipo de salud.

Los objetivos que los autores de esta Guía nos proponemos son:

1. Concretar y definir nuestra aportación a la atención que se presta por cada uno de los equipos multiprofesionales en los diferentes servicios.
2. Entender que la función que nos define es el CUIDADO.
3. Que la enfermera como proveedora de cuidados debe basar éstos sobre un modelo de enfermería que atienda las NECESIDADES del ser humano y utilice como método de trabajo el PROCESO ENFERMERO (P.E.).
4. Disponer de instrumentos que nos ayuden en la práctica diaria, los PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS, con orientación INDIVIDUAL en su aplicación.

5. Establecer criterios de resultados derivados de las intervenciones enfermeras consensuados con el paciente y su familia

Dado que de los objetivos se deduce su utilidad, la hemos estructurado de forma práctica. Una primera parte recopila las necesidades más frecuentes de los pacientes psiquiátricos. Seguidamente desarrolla el Proceso Enfermero y sus cinco etapas. La VALORACIÓN, estructurada por patrones funcionales de M. Gordon que son definidos incluyendo preguntas orientativas para la entrevista. El DIAGNÓSTICO, recogiendo los más frecuentes por cada patrón funcional, pertenecientes a la clasificación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). La PLANIFICACIÓN permite organizar los cuidados que se aplicarán en la fase de EJECUCIÓN. A lo largo de estas fases del Proceso se aplica la EVALUACIÓN. Finalmente se aporta una serie de registros que pueden resultar válidos, experimentados ya en algunas Unidades.

No debemos olvidar que el disponer de planes estandarizados nos ayuda a planificar las actividades, pero siempre debemos partir de la valoración personalizada de cada paciente y de las conclusiones de esa valoración formulando los problemas o diagnósticos enfermeros, en una palabra, INDIVIDUALIZANDO los planes ESTANDARIZADOS. Los objetivos que el paciente debe conseguir con nuestra intervención, deben formularse de manera que sean observables, claros, concisos, realistas y medibles. Por lo tanto se hace imprescindible el que cada plan incluya criterios de resultados.

Como cualquier herramienta de trabajo, esta guía pretende ser sólo el comienzo de una larga lista de planes de cuidados estandarizados, todo va evolucionando según avanzamos en el proceso y las necesidades van cambiando; por lo tanto se invita a la elaboración de planes de cuidados que respondan a necesidades abordables y que permitan obtener resultados satisfactorios para el paciente. Se recomienda que se mantenga la misma estructura de los presentados.

1.1. NECESIDADES MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS

En nuestra actividad profesional encontramos frecuentemente que los pacientes tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas, la toma correcta de los fármacos. Es habitual una sobrevaloración de los efectos secundarios de la medicación, siendo utilizado como justificación de los abandonos. Se objetivan necesidades de apoyo para establecer balances positivos aun contando con los problemas que supone la necesidad de tomar medicación por largos periodos o incluso de por vida. En muchas ocasiones los pacientes se desinteresan por su propia salud y no acuden cuando corresponde a su centro de atención primaria, incluso en situaciones comunes no se cuidan adecuadamente, entendiéndolo en muchos casos estas situaciones de manera distorsionada.

Es común la presencia de hábitos poco saludables: consumo de tóxicos, alcohol, tabaco. En ocasiones presentan falta de interés en conductas preventivas que los hace más vulnerables a accidentes y problemas de salud.

Habitualmente hay falta de conocimientos en relación con su enfermedad, dificultades para identificar elementos prodrómicos y de pedir ayuda.

Presencia de impedimentos para mantener una dieta equilibrada adaptada a su situación, concepciones erróneas sobre la nutrición, desorden y desequilibrio en las comidas, problemas nutricionales por exceso o por defecto. Desinterés y abandono en las consecuencias de la mala nutrición: estado de piel, uñas, cuidado de la boca, estado de las mucosas.

Problemas de excreción (estreñimiento, etc.), percibidos en muchas ocasiones erróneamente y que disminuyen su calidad de vida.

Los pacientes están, con frecuencia, lejos de integrar en su vida diaria actividades físicas saludables o de ocupación de su tiempo: higiene personal, cuidado de la casa, cocinar, comprar, vestuario adecuado, establecer y mantener actividades formativas, ocupacionales, laborales.

Diariamente nos encontramos con desajustes en el patrón del sueño, que llevan a nuestros pacientes a un consumo, excesivo a veces, de hipnóticos, o a una vivencia angustiada y desequilibrante de sus problemas de sueño y descanso.

También se constituyen en problemas generalizados la inadecuada interpretación de los elementos de realidad, la disminución de la capacidad de aprendizaje, de resolución de problemas, de integrar las crisis como elementos de crecimiento personal, o directamente problemas de los sentidos.

La mayoría de los pacientes se sienten poco valiosos o con dificultades de mantener su autoestima. Creencias sobre si mismo que dificultan o interfieren en su calidad de vida.

Las relaciones tanto en el núcleo familiar como en el de pertenencia, se afectan notablemente. Las familias se constituyen en el principal cuidador y necesitan intervenciones de los profesionales tanto en los aspectos relativos al aumento de conocimientos sobre la enfermedad como estrategias para aumentar la capacidad de contención. Aparecen sensaciones de soledad, dificultades de establecer y mantener relaciones, participar en colectivos sociales, asistir a programas formativos, mantener o buscar empleo, manejo del dinero.

En este ámbito destacan a su vez las opiniones y creencias de las comunidades de pertenencia de los pacientes sobre las enfermedades mentales y cómo tratarlas. La educación sanitaria de las poblaciones en materia de salud mental, el seguimiento de los problemas de convivencia de los pacientes en su entorno y las intervenciones de cuidados, van a determinar en muchos casos el que los pacientes y sus familias convivan con relativa tranquilidad sin necesidad de separar a las personas con enfermedad mental de su medio habitual.

Es también frecuente la afectación de la sexualidad en los pacientes, pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana, escasas habilidades sociales, respuestas desorganizadas ante acontecimientos de la realidad, o simplemente, incapacidad de controlar y manejar situaciones.

1.2 CARTERA DE SERVICIOS, CONTRIBUCIÓN ENFERMERA. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS EN LA RED DE SALUD MENTAL

Antes de exponer los ámbitos de actuación enfermero en el programa de atención a la salud mental, creemos necesario hacer una breve mención al concepto "cartera de servicios" dado que en esta línea debemos encauzar todos los esfuerzos a corto, medio y largo plazo.

La cartera de servicios constituye un conjunto de servicios que deben responder a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico - técnicos y en prioridades de política sanitaria.

Se define servicio como la/s actividad/es desarrolladas o fomentadas por los profesionales, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria.

La cartera de Servicios es un instrumento dinámico y flexible, en tiempo y ámbito que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales y que sirve para:

- Mostrar a la población de forma comprensible cuáles son las actividades en ese ámbito. (en nuestro caso muestra a la población y a otros profesionales la oferta de actividades enfermeras y proporciona criterios de derivación o demanda para enfermería)
- Proporciona indicadores objetivos para medir la actividad cuantitativa y cualitativamente (por tanto contribuye a definir el producto sanitario)
- Proporciona criterios objetivos para organizar y dimensionar recursos.

Ámbitos de actuación

La intervención profesional enfermera puede identificarse básicamente en los siguientes ámbitos o niveles de atención:

- A.P.S: Centros de Atención Primaria
- C.S.M: Centro de Salud Mental
- U.S.M.I.J: Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil
- U.C.E: Unidad de Corta Estancia (Hospitales Generales)

- U.M.E: Unidad de Media Estancia
- U.C.L: Unidad de Larga estancia
- U.Ps: Unidad de Psicogeriatría
- C.D: Centro de Día
- H.D: Hospital de Día
- Servicios de psiquiatría de enlace de los Hospitales Generales

Centros de Atención Primaria

Habitualmente el primer nivel de relación con el sistema de salud lo constituye la Atención Primaria de Salud (A.P.S.), los Centros de Salud, ampliamente desarrollados en nuestra Comunidad que dan cobertura sanitaria a toda la población. En este ámbito la enfermera de A.P.S. desarrolla un amplio abanico de actuaciones bastante bien reconocidas por la población atendida. En buena lógica, esta es la puerta de entrada al sistema de atención a la salud para los pacientes mentales, como para el resto de la población. Un número de actividades irán encaminadas a la atención de problemas de salud mental que no precisan pasar al siguiente nivel, el de los Centros de Salud Mental (C.S.M.). Consecuentemente, la actuación de los equipos de atención primaria y en concreto la de las enfermeras deberá verse reforzada con actividades de "soporte" y coordinación vehiculizadas por los profesionales de los Equipos de Salud Mental, generalmente encuadradas en el programa de coordinación entre atención primaria de salud / equipos de Salud Mental. Este nivel de desarrollo exige esfuerzos importantes en el futuro.

El Centro de Salud Mental

En particular, adquiere especial importancia en lo concerniente a la atención de la tendencia hacia la cronificación de grupos importantes de población. Los pacientes asignables a lo que actualmente se consideran trastornos mentales graves (T.M.G.), presentan serios problemas de vida en su medio social de pertenencia y de cómo se resuelvan éstos va a dar o quitar credibilidad a los esfuerzos que la Administración viene desarrollando para la implantación de los programas de Salud Mental en el ámbito de la reforma psiquiátrica en curso. Presentamos los elementos fundamentales en los que basarnos para establecer una modalidad de atención prioritaria en los centros de salud mental donde la enfermera opere como "gestora de cuidados para el trastorno mental grave (T.M.G.)". Consideramos que esta modalidad es fácilmente encuadrable en el programa de rehabilitación. **(Anexo I)**

1.3 LA CARTERA DE SERVICIOS QUE EL PROGRAMA DEBE INCLUIR. CATÁLOGO DE ACTIVIDADES ENFERMERAS EN LA RED DE SALUD MENTAL

Excluyendo entonces las actividades que en el futuro puedan establecerse en A.P.S. y las específicas del programa "gestión de cuidados" del C.S.M., todos los servicios enfermeros en cualquiera de los niveles de intervención sean estos en: el centro de salud mental, unidades de corta estancia de los hospitales generales, unidades de media estancia, unidades de rehabilitación de larga estancia, de psicogeriatría, centros de día y hospitales de día, deberán adaptar sus sistemas de trabajo a su realidad concreta para estar en condiciones de ofertar:

1.- Un sistema de valoración: Valoración de necesidades de cuidados. Se proponen los patrones funcionales de salud como guía para la valoración (Anexo II)

2.- Un lenguaje común de identificación de los problemas de cuidados detectados: nosología NANDA (Anexo III)

Un número de planes de cuidados disponibles (Anexo IV): "Recepción del paciente". "Higiene e imagen personal". "Adherencia al tratamiento". "Alimentación". "Mantenimiento de la Salud". "Acompañamiento y contención". "Despertar". "Mantenimiento de las pertenencias". "Mantenimiento del entorno". "Interacción social". "Contención mecánica / restricción de movimientos" (Específico de U.C.E). "Ejercicio físico – movilidad". "Orientación en la realidad". "Prevención de lesiones". "Mantenimiento del hogar". "Consulta de acogida" (Específico de C.S.M. / C.D. / H.D.). "Consulta de seguimiento" (Específico de C.S.M.). "Valoración de necesidades del núcleo familiar". Seguimientos telefónicos (Específico de C.S.M. / C.D. / H.D.). Protocolos específicos de tratamientos farmacológicos y TEC (depot, Litio, Leponex, etc.). Técnicas básicas de enfermería. Aplicación de tratamientos. Técnicas diagnósticas y pruebas complementarias. Actividades logísticas (derivaciones, interconsultas, seguimientos en otros servicios, registros administrativos, etc.)

Grupos de mejora de la capacidad de cuidados y autoayuda para familias.

Seguimientos de Trastornos de Conducta Alimentaria (T.C.A.) (en C.S.M. y programas específicos).

Técnicas de relajación.

Atención y seguimiento modalidad de disponibilidad no programada (específico de C.S.M.)

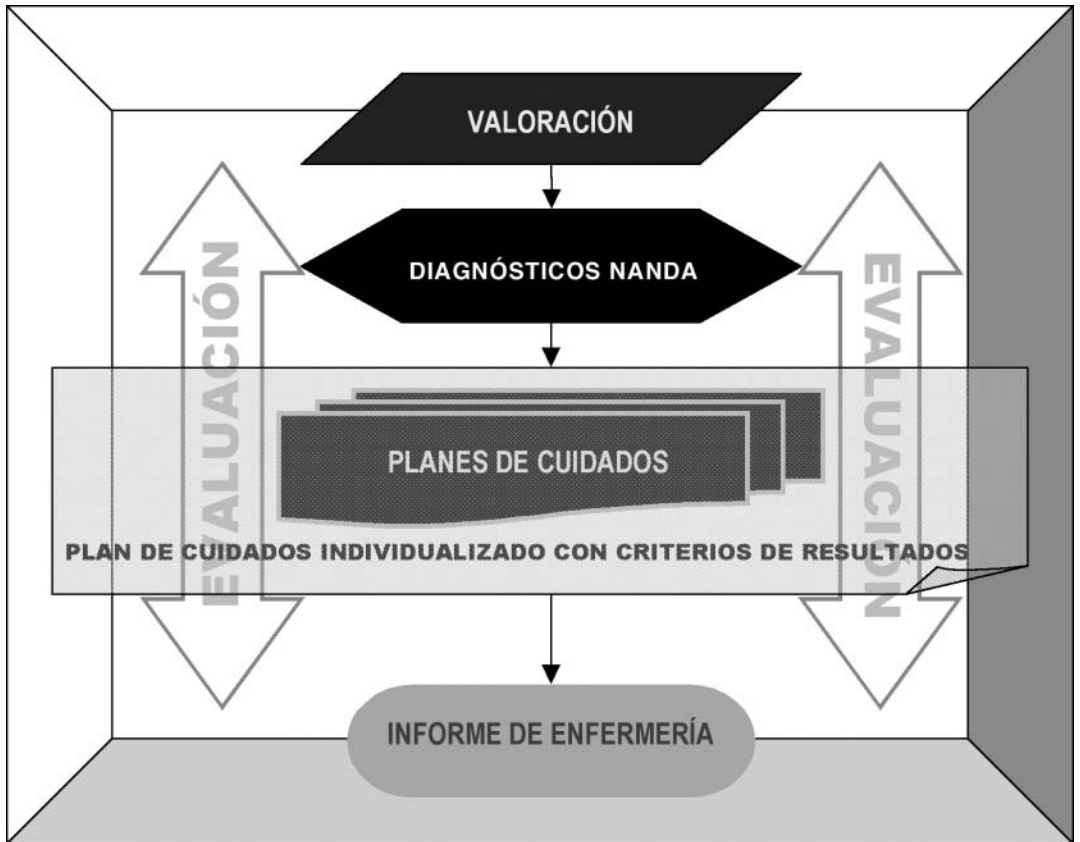
3.- Criterios de resultados de elección como resultados esperados de las intervenciones derivadas de los planes de cuidados. **(Anexo V)**

4.- Un informe de enfermería al alta o de derivación. **(Anexo VI)**

1.4 LA EVALUACIÓN DE UN SERVICIO ENFERMERO EN LA RED DE SALUD MENTAL

Como consecuencia de lo planteado hasta ahora, y tras las actividades necesarias para la implantación y generalización de la forma de trabajar que nos permita a los enfermeros en la red de salud mental ofertar la cartera de servicios que se ha expuesto, un servicio enfermero podría ser acreditado:

1. Si tiene adaptado un método de VALORACIÓN de necesidades de cuidados (patrones funcionales).
2. Si formula los problemas detectados mediante DIAGNÓSTICOS NANDA.
3. Si tiene una propuesta de objetivos consensuada con el paciente para la atención de sus necesidades; PLAN INDIVIDUALIZADO, que incluya CRITERIOS DE RESULTADOS.
4. Si dispone de una estructura de PLANES DE CUIDADOS estandarizados disponibles para las necesidades de cuidados más prevalentes.
5. Si EVALÚA todas las fases del proceso.
6. Si dispone de un elemento de comunicación como es el INFORME DE ENFERMERÍA.



1.5 DESARROLLO DEL PROCESO ENFERMERO

Se han definido una serie de estándares de cuidados referidos al proceso enfermero como medida de la calidad de la práctica enfermera en cualquier ámbito de actuación. De tal manera que las enfermeras: recojan datos, planifiquen la intervención, la lleven a efecto y evalúen los resultados. Dicho de otra manera siguiendo los estándares para la práctica enfermera de la American Nurses Association:

Valoración: La enfermera recoge datos de salud de los pacientes

Diagnóstico: La enfermera analiza los datos y formula los problemas como diagnósticos enfermeros.

Identificación de objetivos: La enfermera individualiza resultados que cabe esperar alcance el paciente.

Planificación: La enfermera establece y desarrolla un plan de cuidados mediante una serie de intervenciones que conducen al logro de los objetivos del paciente.

Ejecución: La enfermera practica las intervenciones formuladas en el plan de cuidados.

Evaluación: La enfermera evalúa la evolución del paciente encaminado hacia el logro de sus objetivos.

La VALORACIÓN, es la primera etapa del proceso y como tal nos va a ayudar a determinar el estado de salud. Los datos que recojamos van a condicionar el desarrollo del plan de cuidados, todas las decisiones y actividades enfermeras se basan en la información recogida durante esta fase.

Actividades primordiales:

1. Obtención de los datos
2. Validación
3. Organización de los datos
4. Identificación de datos
5. Evaluación

1.5.1- Obtención de los datos

Comienza con el primer contacto con el paciente, recogiendo y registrando los datos pertinentes. Prosigue durante todo el tiempo que le atendamos lo que apunta a considerarlo como un proceso continuado. Como el objetivo de esta actividad es garantizar una valoración lo más completa posible se han descrito las fuentes de obtención de datos:

- Del paciente
- Familia y / o allegados
- Datos de la historia clínica (análisis, ordenes médicas, evolución, registros de enfermería, etc.).
- Información verbal o escrita facilitada por otros profesionales (enfermeras, trabajadora social, psiquiatras etc.).

La recogida de datos comienza con la observación, entrevista de enfermería y la valoración física del paciente, esta valoración exhaustiva es lo que se denomina valoración de los datos fundamentales. La recopilación continuada de información está encaminada a aportar datos sobre un problema específico. Este tipo de valoración se conoce como valoración focalizada. Ejemplo, si durante la valoración de los datos fundamentales la enfermera identifica que el paciente aqueja de alteración en el patrón del sueño, la valoración focalizada sería averiguar las horas de sueño, calidad y satisfacción de éste, hábitos respecto a este patrón, etc., en el momento actual.

La entrevista de enfermería

Es la parte esencial para reunir datos sobre el paciente, con esta interacción se llega a establecer un clima de confianza y empatía que servirá como referente durante todo el tiempo que nos ocupemos de sus cuidados. En la mayoría de los casos la relación que seamos capaces de establecer va a favorecer el avance de los pacientes.

Desarrollo de la relación

La relación va a definir la calidad del Proceso de Enfermería (en la entrevista se juega la adherencia a los cuidados, por ejemplo). En el curso de las entrevistas que se realizan con los pacientes existen elementos implícitos, que las enfermeras debemos tener en cuenta, para que ésta cumpla los objetivos que se pretenden, estos elemen-

tos o variables que influyen en el proceso de la comunicación abarcan aspectos del paciente y de la propia enfermera.

Para que esta relación sea eficaz, que como decimos se gesta en muchas ocasiones desde la entrevista, además de tener en cuenta su dinámica, debemos considerar otros aspectos importantes que faciliten el desarrollo y eviten interferencias. Van desde el espacio donde se establece la relación hasta una serie de técnicas y/o habilidades que van a facilitar la expresión y elaboración de sentimientos por parte del paciente.

Aunque la habilidad para establecer una relación terapéutica, observar, escuchar y preguntar se adquiere con la práctica, recordaremos una serie de normas básicas:

- Asegurar la intimidad. Crear un entorno íntimo y tranquilo, sin interrupciones ni distracciones.
- Llamar al paciente por su nombre, debemos presentarnos mostrando interés por su bienestar.
- Explicar la finalidad de nuestra intervención. Se trata de conocer mejor su situación personal y familiar para poder ayudarle.
- Mantener un buen contacto visual. Debemos prestar plena atención al paciente, que éste se sienta escuchado.
- No debemos manifestar prisa o impaciencia. Son aspectos que distorsionan la comunicación, ya que el interlocutor no se siente atendido.

Cómo observar

- “Hay que usar los cinco sentidos”. El lenguaje no verbal adquiere especial importancia; frecuentemente se observan discordancias entre lo que se dice y lo que se manifiesta.
- Prestar atención al aspecto general. Podremos identificar aspectos de su nutrición, higiene, pertinencia en el vestuario, etc.
- Observación del lenguaje corporal. Descubriremos si el paciente se siente cómodo, si está retraído, si está nervioso, angustiado, etc.
- Prestar atención a los modelos de interacción. Atenderemos las repuestas del paciente observando el nivel cultural y la comprensión del lenguaje, un lenguaje muy técnico puede ser una barrera relacional.

Cómo formular las preguntas

- Preguntar en primer lugar los motivos de su consulta. Esto nos dará información del nivel de conocimientos sobre su situación, conciencia de enfermedad, etc. Nos permite aclarar inicialmente algún nivel de demanda por su parte y por tanto nuestra respuesta profesional.
- Usar una terminología que sea comprensible.
- Utilizar preguntas abiertas. No formular las preguntas para que responda sí o no, favorece respuestas con explicaciones. Ejemplos: cuénteme qué dieta lleva, cómo duerme.
- No comenzar la entrevista con preguntas personales o delicadas. Crear un clima de confianza y al final seguro que éstas se pueden abordar.
- Aplazar las preguntas no pertinentes. Si observamos que el paciente se siente incomodo o no es el momento, debe aplazarse la entrevista hasta otros momentos más adecuados.
- Usar siempre el protocolo para hacer la entrevista. Esto hará que la entrevista esté más estructurada y no nos olvidemos de detalles importantes.

Cómo escuchar

- Adoptar una actitud de escucha activa. Mirar al paciente a la cara cuando nos habla, no responder inmediatamente, esperar unos segundos, no tener una actitud desafiante, ni que parezca que juzgamos lo que nos está diciendo.
- Debemos permitir que el paciente acabe las frases. No debemos mostrarnos impacientes y cortar al paciente mientras nos está dando explicaciones, no debemos agobiar con preguntas muy seguidas, darle el tiempo que necesite.
- Debemos mostrar paciencia si el paciente presenta un bloqueo de memoria. Podemos ayudarlo reformulando la pregunta o dando explicaciones de lo que queremos preguntarle.

La valoración física

Para obtener datos en la valoración física en los dispositivos donde es pertinente, por ejemplo en unidades de hospitalización, la observación en los enfermos psiquiátricos es muy importante, habrá pacientes que no expresen los síntomas físicos, algún tipo de patologías psiquiátricas tienen un umbral de dolor muy alto, por lo tanto serán capaces de aguantar más el dolor; por el contrario, los hay que presentan muchas somatizaciones.

En las interacciones que establezcamos con los pacientes, estos nos emiten unas señales que nosotros deberemos recoger y deducir. Estas deducciones de las señales cada uno las interpreta de forma subjetiva según su percepción y juicio (por ejemplo, quejas somáticas que reflejan alteraciones emocionales).

1.5.2- Validación de los datos

Significa, asegurar que la información que se ha reunido es verdadera. Por tanto, siempre deberemos asegurarnos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice, verbalizando aquello que hemos entendido, para que él lo confirme o investigando y formulando más preguntas.

Normas de validar la información:

- Los datos aceptados como verdaderos son los susceptibles de ser evaluados con escalas de medición precisa (datos de laboratorio, peso, talla, índice de masa corporal, etc.).
- Los datos observados pueden ser verdaderos o no, por lo tanto, éstos debemos contrastarlos con la entrevista directa al paciente.
- La validación puede hacerse de las siguientes formas:
- Revisando los propios datos (p.ej. tomando de nuevo la T.A.).
- Comprobando que no existan factores transitorios capaces de alterar la precisión de los datos (ej. Alteración de conducta no esperada en un paciente, en este caso hay que explorar acontecimientos vitales previos como desencadenantes).
- Revisando siempre los datos que son extremadamente anormales (ej. Glucemia que sin signos orgánicos aparentes de alteración, sale en el análisis alterado, deberemos repetir esta prueba)
- Cuando nos quedemos con la duda, solicitaremos a una compañera su colaboración para obtener el mismo dato.

Puntos clave de validación:

- La validación de los datos supone asegurar que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos)

- Al realizar la valoración hay que identificar señales, utilizando los sentidos (vista, oído, gusto, tacto)
- Tras identificarla, la enfermera realizará deducciones sobre el significado de éstas (interpretar las señales)
- Deducir correctamente, depende de los conocimientos y habilidades de la enfermera.
- Los datos que interpretamos, como resultado de las señales verbales y no verbales, hay que verificarlos con la entrevista directa con el paciente.

1.5.3.- Organización de los datos (agrupación)

Una vez hemos obtenido los datos hay que organizarlos o agruparlos en categorías de información, (patrones funcionales) para que nos ayuden a identificar los problemas de salud reales o potenciales.

1.5.4.- Identificación de los datos

Cuando ya tenemos organizados los datos, comienza el análisis para formarnos una impresión acerca de los problemas que presenta el paciente.

1.5.5.- Ejecución

Es la etapa del proceso en la que se pone en práctica todo el plan que se ha elaborado, unas veces la intervención puede ser individual y otras en grupo, dependiendo del objetivo que se persigue y del programa que se está desarrollando, ejemplo: reunión de pacientes (grupo), contención psíquica (individual).

La ejecución implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recogida de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Registrar los cuidados de enfermería
- Mantener un plan de cuidados actualizado.

1.5.6.- Evaluación:

Es la fase en la que, la observación de la conducta y la interacción con el paciente, nos van a dar datos y signos para saber si el objetivo ha sido alcanzado. Aunque es en la última fase cuando se evalúan los resultados, esta evaluación es continua desde el principio del proceso, pero en este momento se hace una evaluación global replanteando, si es el mejor plan y modificando aquello que creamos más idóneo.

- Valoraremos si se han cumplido los criterios de resultados.
- Introduciremos los cambios que creamos oportunos, tanto de actividades como de objetivos.

ANEXO 1

SEGUIMIENTO DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (T.M.G.) EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL (C.S.M.): “LA GESTIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS”

2.1. Introducción

La gestión de cuidados en el Centro de Salud Mental (C.S.M.)

2.2 Derivación a la enfermera

2.3 Gestión de cuidados y agenda terapéutica

Subprograma de seguimiento en la unidad de corta estancia (U.C.E.)

Subprograma de seguimiento de la unidad de media estancia (U.M.E.)

Coordinación con el centro de día y con el hospital de día.

Subprograma de seguimiento en la unidad de larga estancia (U.L.E.)

ANEXO 1

2.1 INTRODUCCIÓN

El foco principal de interés para la Psiquiatría Comunitaria lo constituyen los pacientes con trastorno mental grave (T.M.G.) en el sentido de que puedan vivir en su medio social de pertenencia, contituyéndose como un auténtico test para la reforma psiquiátrica.

“las deficiencias de este campo siguen siendo fuente de insatisfacción para los usuarios y sus familias... Es el nivel de protección alcanzado por este colectivo lo que va a dar o quitar credibilidad a cualquier modo de atención al enfermo mental” (Espino, A. 1995).

En esta guía partimos de la idea de que si se dotan de enfermeros suficientemente entrenados, los CSM pueden orientar su intervención al cuidado del T.M.G. en la comunidad, favoreciéndose la capacidad de los equipos de estos centros para rehabilitar y mantener en su medio a las personas con enfermedad mental grave, así como la continuidad asistencial y la satisfacción de los pacientes, familias y comunidad.

a) La gestión de cuidados en el Centro de Salud Mental (C.S.M.)

La gestión de cuidados es un método organizativo y un proceso activo de gestión del enfermo mental grave (T.M.G.), persigue adaptar los servicios sociales y sanitarios a las necesidades concretas de cada paciente en su medio natural para consolidar la continuidad asistencial. Asegura una red de servicios comunitarios que permitan favorecer el alcance y mantenimiento de niveles aceptables de calidad de vida, es un proceso que facilita el acceso a todos los servicios disponibles útiles en la vida de los pacientes. Ofrece elementos terapéuticos en el proceso rehabilitador (p.e. visita domiciliaria o intervenciones directas en la familia o en el medio). Favorece la continuidad de cuidados. Utiliza la relación como eje (lo que anima al aprendizaje y al seguimiento del tratamiento). Define el nivel de ayuda necesario para cada situación y representa firmeza en el cumplimiento de la medicación. En términos generales potencia todos los recursos personales de que disponen los pacientes para alcanzar un nivel de vida lo más adaptado posible. Pero no solo se persigue la adaptación a través de las posibilidades de paciente asistido, se trata de intervenir, como se deduce

de lo planteado hasta ahora, sobre los ambientes estableciendo estrategias de intervención que incluyan en los cuidados la adaptación del medio a las dificultades de los pacientes.

Al proponer la gestión de cuidados desde enfermería, nos planteamos adoptar como eje del sistema de provisión de cuidados de calidad para el (T.M.G.) el Centro de Salud Mental, y desde ahí desarrollar una aportación importante al mantenimiento de la continuidad asistencial, de tal manera que la enfermera gestora de cuidados se constituya en el referente del paciente y de su familia independientemente del lugar en el que se encuentre un paciente en un momento dado (en su medio, ingresado en la Unidad de Corta Estancia o de Media Estancia, Centro de Día, Hospital de Día, acudiendo a recursos intermedios o en programas de rehabilitación con objetivos de alta en la Unidades de Larga Estancia). Lo que va a diferenciar la gestión de cuidados según dónde se encuentren los pacientes es la intensidad del seguimiento pero nunca el perder el contacto del paciente ni la coordinación con el equipo correspondiente para adaptar la agenda de cuidados a la situación concreta como veremos más adelante.

En definitiva y para concluir este apartado, la gestión de cuidados pretende establecer un programa de seguimiento de las personas caracterizadas de trastorno mental grave (T.M.G.) responsabilizando de su desarrollo a la enfermera del Centro de Salud Mental y definiendo diferentes ámbitos de intervención según dónde se encuentren los pacientes: subprograma de gestión de cuidados en el C.S.M., en la U.C.E., en la U.M.E., en el C.D., en el H.D o en la unidades de larga estancia U.L.E.

2.2. DERIVACIÓN A LA ENFERMERA

El primer tema que se debe resolver en la red de salud mental y en el ámbito del C.S.M. consiste en establecer los criterios por los cuales un paciente puede ser catalogado como trastorno mental grave (T.M.G.). Necesariamente exige llegar a acuerdos consensuados respecto de los criterios que se van a utilizar para ello y en el caso de que los cumpla proceder a la derivación al programa de gestión de cuidados que en nuestra propuesta responsabiliza a la enfermera de su aplicación. Así pues, los pacientes que puedan ser catalogados de (T.M.G.) serán derivados a la consulta de enfermería.

Actualmente tras la revisión que hemos realizado en nuestro ámbito de los criterios relevantes por los cuales un paciente puede ser catalogado de trastorno mental grave, planteamos algunos de ellos a continuación. Es evidente que para hacer operativo este funcionamiento, cada equipo de salud mental deberá concretar el empleo de alguno o todos estos criterios y llevarlos a la práctica para comenzar a funcionar de esta manera. Algunos aspectos relevantes para la inclusión de un paciente con T.M.G. en el programa de gestión de cuidados de enfermería en el centro de salud mental son los siguientes:

- **Diagnóstico clínico.** No todos los diagnósticos médicos son incluibles, es necesario determinar cuál de ellos incluye o excluye a un paciente como T.M.G.
- **Gravedad.** Este es otro grado que debe ser evaluado previamente a la inclusión.
- **Persistencia en el tiempo.** Existen diferentes propuestas al respecto y es necesario llegar a un acuerdo junto al diagnóstico, la consideración de su gravedad y la duración en el tiempo.
- **Tendencia al deterioro.** No en todos los pacientes que cumplen los criterios anteriores puede evidenciarse que cursan con tendencia al deterioro. Este es pues otro indicador a desarrollar.
- **Alteración de relaciones personales.** Si un paciente cumple los criterios diagnósticos establecidos, el nivel de gravedad, la duración del trastorno con evidencia de deterioro debe manifestarse a su vez una alteración de las relaciones personales.
- **Alteración de relaciones familiares.** Que unido al criterio anterior van a dificultar seriamente su vida autónoma en el medio habitual de pertenencia.
- **Necesidad de ingresos en UCE.** La evaluación de este criterio adquiere especial importancia y es fácil de cuantificar. Se suele emplear un periodo reciente, por ejemplo, ingresos en los últimos cinco años o dos años etc.
- **Necesidades médicas.** La intensidad de las intervenciones médicas no adquiere la misma importancia en todos los pacientes. La enfermera debe favorecer que los pacientes asignados a este programa (T.M.G.), cumplan sus citas con el psiquiatra y se adhieran al tratamiento, que lógicamente va a necesitar de mayor intensidad en el seguimiento y en el apoyo.

- **Necesidades farmacológicas.** Sirve el mismo razonamiento anterior.
- **Necesidades psicológicas.** Como en el caso de las necesidades médicas la relación con el psicólogo va a adquirir características diferentes a las de otros pacientes no asignables a T.M.G. por no cumplir los criterios que se establezcan. La gestión de cuidados debe ocuparse de los cumplimientos derivados de sus necesidades psicológicas.
- **Necesidades sociales.** El trastorno mental grave va a encontrarse entre otras con la contradicción de necesitar buenos soportes sociales y a su vez con altas dificultades de procurárselos. La gestión de cuidados debe intervenir activamente en esta dimensión de los casos.
- **Necesidades rehabilitadoras.** Derivado del perfil que apuntamos y de manera simultánea a lo anterior, favorece la clasificación de los pacientes como trastorno mental grave y determina un número de actividades, de citas y de su consecuente cumplimiento que la enfermera gestora de cuidados debe establecer.
- **Recuperar / mantener sus capacidades y autonomía.** Este criterio presupone la necesidad de una evaluación previa del nivel de funcionamiento social en general y del nivel global de autonomía funcional que junto a los anteriores criterios va a perfilar al paciente como T.M.G. Una vez evaluado indica dos direcciones o niveles, el de asignación al programa y el de evaluaciones sucesivas de los efectos de la actividad de la gestión de cuidados entre otros.
- **Familia como soporte.** La evaluación previa de la capacidad de "soporte" de la familia, en muchas ocasiones y por diferentes cuestiones va a verse desbordada, constituye otro indicador de elección significativo. Las acciones de la gestión de cuidados deben plantearse en general el aumento de la capacidad de contención del núcleo familiar y/o de pertenencia.
- **Cumplimiento de citas.** Es una de las consecuencias de determinadas patologías, la de falta de cumplimiento de citas. Como criterio puede ser muy útil para su asignación como T.M.G. y a su vez indicador de resultados de los efectos de la gestión de cuidados.
- **Conciencia de enfermedad.** Comúnmente admitido como indicador de la gravedad de los casos y a su vez como en el anterior, necesitado de intervenciones de la modalidad propuesta.

2.3. GESTIÓN DE CUIDADOS Y AGENDA TERAPÉUTICA

Una vez estudiada la situación de los pacientes mediante los criterios reseñados anteriormente, el psiquiatra deriva a la enfermera al paciente con trastorno mental grave. La enfermera va a encontrar una serie de necesidades que deben cubrirse para el mantenimiento óptimo del paciente en su medio (clínico / sanitarias y socio / familiares). La Gestión de Cuidados se propone como un modelo integrador de los dos ejes en los que se centran las necesidades más frecuentes en los trastornos graves citados, el clínico / sanitario y el socio / familiar. Aunque es evidente la necesidad de las aportaciones de otros profesionales, consideramos que el perfil formativo de la enfermera se adapta de pleno a este planteamiento y pretende significar la colaboración de la enfermera en la cobertura de necesidades:

Necesidades clínico / sanitarias:

- **Atención y seguimiento, disponibilidad no programada.** La frecuencia en la que los pacientes con T.M.G. presentan demandas no programadas es bien conocida, esto apunta a establecer sistemas basados en la gestión de cuidados que puedan hacerse cargo de ello.
- **Informar sobre su estado y tratamiento.** El amplio desarrollo de la formación enfermera como educadora de salud y la experiencia acumulada en el día a día de las prácticas enfermeras, hace pensar en que estas actividades puedan asumirse de manera concreta por la gestora de cuidados.
- **Aumentar la conciencia de enfermedad.** Que el paciente con T.M.G. interprete muchas de sus dificultades como consecuencias de la enfermedad va a favorecer sin duda, la consecución de objetivos integradores, la capacidad de pedir ayuda, el manejo de su enfermedad o la identificación de pró-dromos. En general, la adhesión al tratamiento.
- **Favorecer la capacidad de pedir ayuda.** Esta necesidad está íntimamente ligada a la anterior y es una línea de trabajo de elección en la gestión de cuidados.
- **Comprensión de conflictos.** El paciente con T.M.G. no encuentra frecuentemente espacios reglados para verbalizar sus conflictos sean estos de cualquier tipo. Muchas veces no hace uso de servicios comunitarios porque nadie ha ensayado con él cómo utilizar un billete de autobús por ejemplo.

- **Disminución o desaparición de síntomas.** Constituye una fuente de necesidades importantes dado que muchos síntomas interfieren notablemente en su funcionamiento social.
- **Participación en el tratamiento y en los objetivos del mismo.** La gestión de cuidados debe encuadrarse en este planteamiento básico del programa, el de la participación activa de los pacientes en su tratamiento. Es un requerimiento esencial de la práctica enfermera
- **Vinculación a la Agenda Terapéutica** con identificación del gestor de cuidados y psiquiatra de referencia. Lo que permite el desarrollo de visitas domiciliarias o seguimiento telefónico recordando visitas, aspectos de la agenda, etc.
- **Mantenimiento de salud física adecuada,** usar de manera normal los recursos sanitarios y la necesidad de coordinarse con atención primaria u otros dispositivos de salud.

Necesidades socio / familiares:

- **Hábitat / economía.** Las dificultades que producen los T.M.G. se expresan en dificultades para procurarse una vivienda digna y disponer de dinero. La gestión de cuidados debe actuar integrando los nuevos conceptos de rehabilitación, es decir, interviniendo sobre los ambientes para adaptarlos a las capacidades de los pacientes. Este enfoque coincide de pleno con los fundamentos del cuidado enfermero cuando se refiere a la concepción holística
- **Establecer y mantener relaciones. Usar recursos comunitarios normalizados.** Este grupo de necesidades es ampliamente conocido por los familiares de los pacientes. Desarrollos de las ofertas de atención como el que proponemos pueden suponer su abordaje.
- **Aumentar la capacidad familiar de contención, entendimiento y tolerancia,** para lo que adquieren especial relevancia los programas de autoayuda familiar dirigidos al aumento de conocimientos y al manejo de situaciones estresantes.
- **Favorecer el desarrollo de la autoestima del paciente.** (Plan de ocio y tiempo libre, participación en actividades formativas – laborales, centro de día, etc., todo ello relleado en la Agenda Terapéutica).

- **Favorecer el desarrollo de la autonomía personal.** (Planes de cuidados de higiene y aseo personal, alimentación, uso del dinero, mantenimiento de las pertenencias y grupos de afrontamiento).
- **Atención domiciliaria** para pacientes enfermos o con dificultades de acceso y vinculación por diversas razones, se hace preciso evaluar 'in situ' niveles de autocuidado: levantarse, alimentación, pertenencias, dinero, espacios propios, reposición y mantenimiento de su vestuario, medicación, etc. Quedaría reflejado en la Agenda Terapéutica y es de elección para la disminución de los abandonos y negativas al tratamiento.

Síntesis de la propuesta de la Enfermera como gestora de cuidados para el T.M.G.

La propuesta consiste en establecer un sistema de derivación a enfermería de pacientes con T.M.G., tributarios de la aplicación de Gestión de Cuidados, cuyas herramientas básicas son:

El Gestor de cuidados. La Enfermera gestora de cuidados se constituye en referente del paciente y su familia para aplicar y seguir lo acordado en la Agenda Terapéutica del paciente que forma parte del Plan Individualizado de Rehabilitación

La Agenda Terapéutica del paciente. Es el criterio de resultado de la derivación de todo paciente con T.M.G. a la enfermera. Tras la aplicación del Proceso de Atención Enfermero y la coordinación con todos los profesionales intervinientes, la enfermera estará en condiciones de presentar al resto del Equipo de Salud Mental y a la supervisión del psiquiatra, una agenda que servirá para negociar y obtener consentimiento del paciente y su familia a la hora de formalizar el compromiso con el programa de rehabilitación, al modo de contrato terapéutico, y evaluar con carácter periódico su cumplimiento y resultados.

El Psiquiatra de referencia supervisará las acciones de la enfermera como gestora del caso a través de la Agenda Terapéutica del paciente.

Instrumentos básicos de los que debe disponerse:

Población diana. Sistema de identificación de las personas con T.M.G. que precisan atención

Censo de recursos comunitarios. O conocimiento profundo del medio comunitario en el que se ofrece el programa de gestión de cuidados

Valoración de necesidades. La enfermera debe disponer de una sistemática adaptada de valoración de necesidades de cuidados

Agenda Terapéutica. Como concepto y como realidad objetiva. La enfermera debe "interponer" entre el paciente y su tarea este nuevo instrumento, la agenda, donde se anotarán los acuerdos a los que se llegue, sus fechas. Literalmente al modo de una agenda o dietario. Se trata de que ambos, enfermera y paciente dispongan de esta agenda de "compromisos" fechados.

Compromiso con el Programa de Rehabilitación. De alguna manera e inherente, como hemos citado anteriormente, a la práctica enfermera, debe ofrecerse al paciente la posibilidad de acordar los objetivos y el plan de cuidados. La agenda es en nuestra propuesta, el lugar de su formalización y seguimiento.

Información sobre derechos del paciente. En el desarrollo de esta modalidad conviene generalizar sistemas de información donde se explican los derechos que tiene la población atendida. Pueden establecerse a nivel general y desde el inicio del programa deben entregarse a los pacientes y sus familias.

La educación sanitaria, la educación de la comunidad y el trabajo en equipo van a constituirse en herramientas básicas complementarias de la acción de la enfermera gestora de cuidados y en muchas ocasiones fundamentales a la hora de conseguir objetivos terapéuticos. Creemos conveniente que los equipos de salud mental tengan disponibles intervenciones de corte educacional y se trabaje continuamente para mejorar las relaciones internas del grupo de profesionales en tanto que equipo.

Sistema de acogida (que contemple la importancia de los primeros contactos como predictores de la evolución del caso). En la experiencia acumulada y basado en estudios actuales consideramos este apartado como un factor a incluir al buscar causas de la adhesión de los pacientes y sus familias a los programas de rehabilitación

Cada situación individual establecerá:

- Necesidades del enfermo con T.M.G.
- Objetivos terapéuticos y rehabilitadores que se persiguen.
- Servicios sanitarios y sociales a movilizar.
- Duración estimada de la utilización de servicios.
- Responsabilización de la coordinación del proceso (enfermera gestora de cuidados).

Objetivos:

- Identificar necesidades y capacidades.
- Disponer de servicios previstos según necesidades y recursos comunitarios disponibles o por crear.
- Coordinar las acciones preventivas, curativas, rehabilitadoras y de soporte.
- Compartir las informaciones con la persona / familia y profesionales.
- Vivir en la comunidad.
- Alcanzar el máximo de calidad de vida en su entorno y según sus capacidades.
- Establecer la comunidad como el lugar de las intervenciones.
- Potenciar lo sano más que tratar lo patológico.
- Alcanzar la máxima autonomía y responsabilidad tolerables.
- Utilizar un enfoque asertivo con intervenciones activas.
- Emplear toda la variedad de recursos informales.
- Potenciar el asociacionismo y los apoyos educativos para el entorno.
- Responsabilizarse del paciente.
- Trabajar con las familias.
- Trabajar con los equipos de atención primaria.

Garantiza:

- Atención a la crisis.
- Tratamiento y seguimiento de la sintomatología y problemas conductuales.
- Rehabilitación de habilidades personales y sociales.
- Soporte relacional.
- Soporte domiciliario.
- Soporte a familias.

Criterios de resultados de la Agenda Terapéutica:

- Alivio sintomático.
- Detección precoz de la crisis.

Seguimiento en U.C.E. y otros dispositivos .
Continuidad de la asistencia (programas de preparación al alta).
Aumento de la autonomía personal.
Favorecer la integración social y familiar.
Aumentar la conciencia de enfermedad y las limitaciones que comporta.
Establecer vínculo terapéutico con el gestor de cuidados.
Satisfacción del usuario y familia.

Aplicación del proceso de atención de enfermería

Como ya hemos explicado anteriormente, el Proceso de Atención Enfermero significa la concreción de lo que la población atendida puede esperar de la intervención de las Enfermeras en los diferentes servicios y dispositivos de atención. Con relación al equipo, aclara dentro de la cartera de servicios disponible, aquellas ofertas de las que cabe responsabilizar a los enfermeros. Así pues, concreta y formaliza la intervención enfermera a lo largo de toda la red en todos los servicios y dispositivos concretándose como sigue: sistemática de **valoración de necesidades de cuidados, identificación de problemas de cuidados**, disponer de diferentes planes de cuidados pertinentes a los problemas detectados donde derivar a los pacientes, evaluación sistemática del nivel de consecución de los criterios de resultados u objetivos planteados en relación con el trabajo en cada plan de cuidados, e **informe de Enfermería** que acompaña al paciente en su tránsito por la red y colabora con el resto del equipo a la continuidad asistencial. Esta actividad propia de enfermería se incluye como la de otros profesionales y dispositivos en la Agenda Terapéutica del paciente con T.M.G. y requiere supervisiones del Psiquiatra de referencia.

Supervisión con el psiquiatra de referencia

Frecuentemente la enfermera gestora de cuidados, va a enfrentar situaciones de difícil soporte o posicionamiento con relación a las diferentes dificultades del paciente con (T.M.G.) para integrar en su proyecto vital la adherencia a su programa de rehabilitación y su objetivación concreta, la Agenda Terapéutica. Es aquí donde adquiere especial relevancia la necesidad de la función de la supervisión clínica que en todo caso debe aportar el equipo mediante el Psiquiatra de referencia. Como hemos indicado anteriormente la opción de este modelo de trabajo hace imprescindible la consolidación del trabajo en equipo y la supervisión del trabajo de la enfermera en diferentes aspectos de su intervención.

Informe de enfermería

Constituye el final del ciclo de la metodología del trabajo de la enfermera. Este informe acompaña al paciente junto a otras documentaciones de otros profesionales. Puede ser al alta, en el caso de que el paciente haya cubierto los objetivos prefijados en los planes de cuidados a los que fue asignado bajo la responsabilidad de la enfermera, o simplemente información, pero en ambos casos recogerá básicamente como se propone en el programa de cuidados de enfermería en la red de salud mental, aquellos aspectos en los que se está trabajando, aquellos en los que es conveniente mantener o reforzar las intervenciones y los que habrían concluido en su caso. Favorece la continuidad asistencial en primer lugar.

b) Subprograma de seguimiento en la unidad de corta estancia (U.C.E.)

El programa de preparación al alta

Los pacientes con T.M.G. son frecuentadores de las U.C.E. en los Hospitales Generales. Para evitar la desconexión con el trabajo que se venía realizando en el medio comunitario habitual del paciente, la enfermera responsable de la gestión del caso mantendrá el seguimiento en tanto dure su ingreso y favorecerá que el equipo de enfermería de la U.C.E. adecue los objetivos de cuidados a su vuelta al medio de pertenencia.

c) Subprograma de seguimiento de la unidad de media estancia (U.M.E.)

Muchos de los pacientes con T.M.G. van a ser usuarios de las U.M.E., también en estos casos se propone la metodología descrita para las U.C.E. adaptada consecuentemente.

d) Coordinación con el centro de día y con el hospital de día

Para aquellos pacientes que temporalmente sean usuarios de estos dispositivos conviene mantener el mismo programa aunque con menos intensidad reflejado al principio y seguido de alguna manera por la enfermera gestora de cuidados responsable/referentes del caso.

d) Subprograma de seguimiento en la unidad de larga estancia (U.L.E.)

La transformación de las actuales Unidades de Larga Estancia en Programas de Rehabilitación exige una puesta en marcha de evaluaciones de la dependencia en la que los profesionales de enfermería y auxiliares pueden jugar un gran papel.

Con carácter general y enfocando nuestro interés en homogeneizar una oferta de cuidados que pueda generalizarse en todos los dispositivos definidos como U.L.E. en Aragón proponemos una serie de parámetros a evaluar que clasifique a los pacientes según su nivel de dependencia en áreas básicas de funcionamiento cotidiano:

- Alimentarse
- Bañarse
- Acicalarse (incluye uso de peluquería y depilación en su caso)
- Movilidad en la cama
- Vestirse
- Cuidarse
- Movilidad general
- Arreglo de su habitación
- Arreglo de su cama
- Orden en su armario
- Mantenimiento de las pertenencias
- Compra de su ropa
- Celebración de cumpleaños
- Relación con la familia
- Uso del dinero
- Seguimiento del tratamiento médico
- Seguimiento de recomendaciones de Enfermería
- Utilización normalizada de recursos sanitarios
- Capacidad de movimiento y utilización de recursos de la comunidad

De esta evaluación general se adaptarán dos líneas de trabajo de cuidados de Enfermería acordadas y supervisadas en el equipo: la conformación de una oferta básica de cuidados para pacientes de larga estancia, o la puesta en marcha de un Proceso de Atención de Enfermería que colabore con el externamiento de los pacientes. En este último caso, en el de los pacientes cuyos objetivos se relacionan con la vuelta al medio comunitario, es donde cabe plantearse los objetivos de la gestión de cuidados, es decir el desarrollo de algún nivel de coordinación con la enfermera gestora de cuidados de su centro de salud mental al que volverá cuando se produzca el alta.

ANEXO 2

UN SISTEMA DE VALORACIÓN DE NECESIDADES DE CUIDADOS. LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD COMO GUÍA PARA LA VALORACIÓN

- 3.0 Los patrones funcionales de salud.
- 3.1 Patrón de percepción/manejo de la salud
- 3.2 Patrón nutricional/metabólico
- 3.3 Patrón eliminación
- 3.4 Patrón Actividad/ejercicio
- 3.5 Patrón sueño/descanso
- 3.6 Patrón cognitivo/perceptual
- 3.7 Patrón autopercepción/autoconcepto
- 3.8 Patrón rol/relaciones
- 3.9 Patrón sexualidad/reproducción
- 3.10 Patrón adaptación/tolerancia al estrés
- 3.11 Patrón valores/creencias

ANEXO 2

3.0 Los patrones funcionales de salud.

Normalmente el primer contacto con la enfermera tendrá relación con que se pueda establecer una valoración de necesidades de cuidados como primera etapa del proceso enfermero. Ya hemos planteado que un indicador de actividad enfermera que a su vez forma parte de las carteras de servicios de los diferentes recursos de salud mental, es la existencia de la valoración de necesidades de cuidados para todos los pacientes atendidos, de tal manera que la población puede demandar un sistema de valoración de necesidades de cuidados cuya responsabilidad es de las enfermeras. Actualmente la enfermería de salud mental está generalizando con notable éxito la utilización de los patrones funcionales de salud. Los once patrones funcionales (M. Gordon), constituyen una estructura que abarca todas las necesidades básicas del ser humano. Ésta contempla la totalidad del individuo, ya esté sano o enfermo, su relación con los demás y con el medio que le rodea. Son comunes a todos los seres humanos, cualquiera que sea su sexo, edad y cultura.

No se entienden los patrones funcionales sino para realizar la etapa de valoración del proceso enfermero. La valoración a través de estos patrones permite identificar situaciones de disfunción secundarias a una enfermedad, pero también en ausencia de ésta. Esto nos permite llegar a estimar el funcionamiento del sujeto en cada una de las once áreas, así como posteriormente el diagnóstico enfermero identificará necesidades de cuidados en la enfermedad y en la salud para conservarla.

Debemos incluir la totalidad de patrones del individuo para valorarle de manera integral, no sólo los aspectos concernientes a la enfermedad o problema que presente, ya que, como hemos citado, incluso en ausencia de patología se puede efectuar diagnóstico enfermero con una clara utilidad. Por ello la protocolización de diagnósticos enfermeros que son de frecuente aparición junto a un determinado diagnóstico médico, son un instrumento que agiliza el trabajo, pero no excluye la valoración de la totalidad de patrones funcionales.

La valoración de los patrones funcionales del individuo debe registrarse en la historia de enfermería, que se realizará de forma progresiva no sólo puntual (al ingreso o acogida), que incluirá entrevista estructurada o abierta, examen y observación de

enfermería, y la información tomada de la familia, otras personas de su entorno, de otros profesionales o de otros centros.

En cada dispositivo los profesionales deben desarrollar un instrumento de valoración bien diseñado que recoja la información útil, es decir, sólo aquella que es relevante para la planificación de los cuidados de enfermería. Siempre hay que tener presente que existen otras fuentes de información derivadas de la actividad de otros profesionales, por lo que evitaremos volver a recoger datos de los que ya dispone el equipo.

Con fines orientativos, para comprender el concepto que incluye cada patrón funcional y como ayuda al diseño del instrumento de valoración, incluimos la descripción de cada patrón y algunas sugerencias en forma de preguntas y elementos a indagar.

3.1 PATRÓN DE PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el cliente y cómo maneja su salud. Seguimiento de prácticas sanitarias preventivas.

Incluye:

El nivel general de comportamientos de cuidados de salud:

- Actividades de promoción de salud.
- Adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física.
- Prescripciones médicas o enfermeras.
- Seguimiento de cuidados.

Valora:

- Percepción del paciente sobre su estado de salud.
- Prácticas que lleva a cabo para mantenerlo.
- Percepciones y creencias que tiene sobre la posibilidad de intervenir o no en su estado de salud.

Objetivo de la valoración:

- Obtener datos de las percepciones generales del cliente, manejo general de salud y prácticas preventivas.

Preguntas orientativas:

- ¿Cómo percibe la salud y el bienestar?
- ¿Cómo maneja la salud?
- ¿Cómo influye su salud en sus planes actuales y de futuro?
- ¿Cómo previene los riesgos para su salud?
- Explorar conductas generadoras de salud
- ¿Cómo sigue las prescripciones del médico y de la enfermera?
- ¿Cómo sigue los cuidados?
- ¿Cómo ha sido su salud en general?
- ¿Tuvo algún catarro el año pasado?
- ¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano?
- ¿Fuma, toma drogas, bebe?
- ¿Ha sufrido accidentes?
- ¿Cuáles cree que son los motivos de su enfermedad?
- ¿Qué acciones llevó a cabo cuando comenzó a notar síntomas?
- ¿Qué resultados obtuvo?
- ¿Qué cosas son importantes para usted en la vida?
- ¿Cómo podemos ayudar a que se cuide mejor?

3.2 PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos, equilibrio de líquidos y electrolitos, y capacidad general para la cicatrización.

Incluye:

- Patrones del individuo de alimentos y líquidos.
- Horas de comida diarias.
- Tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos.
- Preferencias particulares de alimentos.
- Uso de suplementos dietéticos o vitamínicos.
- Referencias de cualquier lesión de piel (pelo, uñas, membranas, mucosas y dientes, temperatura corporal, altura y peso).
- Capacidad general de cicatrización.

Objetivos de la valoración:

- Recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos. Indicadores amplios de necesidades metabólicas (crecimiento, embarazo, cicatrización hística, tratamientos farmacológicos).
- Proporcionar datos de los efectos observables de la ingesta de nutrientes.

Preguntas orientativas:

- ¿Qué alimentos consume a diario?
- ¿Qué líquidos consume un día normal?
- ¿Ha notado pérdida o ganancia de peso, estatura?
- ¿Cómo está su apetito?
- ¿Qué preferencias de alimentos o líquidos tiene?
- Suplementos de nutrientes o vitaminas.
- Estado de la piel, problemas sequedad.
- Estado del pelo.

- Estado de las uñas.
- Estado de los dientes.
- Temperatura corporal.
- Talla, peso.
- Estado de las mucosas.
- Capacidad de cicatrización.

3.3 PATRÓN ELIMINACIÓN

Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los individuos. Incluye la regularidad percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón de tiempo, forma de excreción, cantidad y calidad.

Incluye:

- Uso de dispositivos para el control de la excreción.

Valora:

- Recoger datos acerca de la regularidad y control de patrones excretorios (intestino, vejiga y piel).
- Problemas percibidos por el cliente u otros.
- Explicaciones que da al problema.
- Acciones llevadas a cabo para remediarlo.
- Efectos percibidos por esas acciones.

Objetivo de la valoración:

• Recoger datos acerca del patrón típico de la función excretora a nivel intestinal, vesical y cutáneo. Así como la importancia percibida por el individuo.

Preguntas orientativas:

- Describir patrón de eliminación intestinal: Frecuencia, características, control.....etc.

- Patrón de eliminación urinaria: (frecuencia, problemas de control).
- Función excretora de la piel: (sudoración).
- ¿Problemas de olor corporal?
- Rutinas excretoras.
- Patrón horario.
- Formas de excreción, cantidad, calidad.
- Uso de laxantes.
- Uso de ayudas para controlar la excreción.

3.4 PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (AVD) como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar. Factores que interfieren con el patrón individual deseado o esperado.

Incluye:

- Tipo, cantidad y calidad del ejercicio incluyendo los deportes.
- Factores que intervienen con el patrón deseado o esperado por el individuo como los déficits neuromusculares y las compensaciones, disnea, angina o calambres musculares, con el esfuerzo, situación cardio-pulmonar.
- Actividades de recreo o tiempo libre individuales o con otros.
- Hacer énfasis en las actividades de mayor relevancia para el paciente.

Objetivos de la valoración:

- Determinar el patrón de actividades del paciente que requieren gasto de energía (AVD, ejercicio y tiempo libre).
- Conocer las descripciones subjetivas.
- Identificar problemas percibidos por el paciente u otros.
- Averiguar las razones percibidas de algún problema presente.
- Conocer las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas y los efectos percibidos de dichas acciones.

Preguntas orientativas:

- ¿Tiene energía suficiente para las actividades diarias?
- Tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- Higiene.
- Actividades diarias que requieren gasto de energía.
- Actividades de ocio, individuales o en grupo.
- Actividades de tiempo libre.
- ¿Qué actividades adquieren gran valor para usted?
- Déficits neuromusculares, compensaciones.
- Restricciones o esfuerzos.
- Capacidades cardiopulmonares.

Explorar en pacientes con tendencia a la cronicidad:

- Capacidad percibida para: alimentarse.
- Capacidad percibida para: bañarse.
- Capacidad percibida para: acicalarse, (incluye uso de peluquería y depilación).
- Capacidad percibida para: movilidad en la cama.
- Capacidad percibida para: vestirse.
- Capacidad percibida para: cuidarse.
- Capacidad percibida para: movilidad general.
- Capacidad percibida para: arreglo de su habitación.
- Capacidad percibida para: arreglo de su cama.
- Capacidad percibida para: ordenar su armario.
- Capacidad percibida para: mantener sus pertenencias.
- Capacidad percibida para: comprar, uso correcto y reposición de su ropa.
- Capacidad percibida para: celebrar su cumpleaños.
- Capacidad percibida para: uso del dinero.
- Capacidad percibida para: utilización de recursos comunitarios (sanitarios, sociales, transportes públicos, etc.)

3.5 PATRÓN SUEÑO / DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relajación durante las 24 h. del día, así como cantidad y calidad de estos.

Incluye:

- Patrones de sueño.
- Períodos de descanso / relax a lo largo de las 24 horas del día.
- Percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso.
- Percepción del nivel de energía.
- Ayudas para dormir: medicaciones, rutinas empleadas al acostarse.
- Comienzo del sueño.
- Interrupciones (sueños).
- Patrones de despertar temprano.
- Patrones de sueño invertidos (día / noche).
- Uso de ayudas no prescritas y prescritas.

Objetivos de la valoración:

- Describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del cliente.
- Conocer el sentimiento general del individuo para la preparación de las AVD después de haber dormido.

Preguntas orientativas:

- ¿Cómo percibe la cantidad y calidad de sueño y descanso?
- ¿Se encuentra descansado para las AVD tras dormir?
- ¿Problemas de conciliación?
- ¿Sueños, pesadillas?
- ¿Despertar temprano?
- Costumbres de sueño / descanso durante las 24 h. / día.
- ¿Considera su sueño reparador?

- ¿Relaciona su nivel de energía con su patrón sueño / descanso?
- Ayudas para dormir: medicación.
- Ayudas para dormir: rutinas.
- Ayudas para dormir: zumos, infusiones, etc.

3.6 PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTUAL

Adecuación de la percepción sensorial como la visión, audición, gusto, tacto, olfato, percepción del dolor, capacidad funcional cognitiva.

Incluye:

- Adecuación de los órganos de los sentidos (vista, oído, gusto, tacto y olfato).
- Compensación o prótesis frente a los trastornos.
- Manifestaciones de percepción del dolor y cómo se trata éste.
- Descripción de habilidades cognitivas funcionales (lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones).

Objetivos de la valoración:

- Describir la adecuación de su lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas.
- Prevenir los déficits y ayudar a la persona a compensar las pérdidas.

Preguntas orientativas:

- Visión, última revisión.
- Dificultades para oír, ayudas.
- Adecuación de la forma sensorial: gusto.
- Adecuación de la forma sensorial: olfato.
- Adecuación de la forma sensorial: tacto.
- Compensaciones o prótesis utilizadas.
- Percepción personal del dolor.

- Capacidad funcional cognitiva: lenguaje.
- Capacidad funcional cognitiva: memoria.
- Capacidad funcional cognitiva: toma de decisiones.
- ¿Qué es más fácil para usted a la hora de aprender cosas?

3.7 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Percepción y actitudes sobre sí mismo, percepción de habilidades, imagen corporal, identidad, sensación general de valía personal y patrones emocionales.

Incluye:

- Actitudes acerca de uno mismo.
- Percepción de las capacidades (afectivas, cognitivas y físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general.
- Postura corporal y movimiento.
- Contacto visual.
- Patrones de voz y conversación.

Objetivo de la valoración:

- Describir el patrón del cliente de creencias y evaluaciones relativo al concepto de sí mismo y sus diferentes sentimientos.

Preguntas orientativas:

- ¿Cómo se describe así mismo?
- ¿Se siente a gusto consigo mismo?
- ¿Cambios en su cuerpo o en capacidades, cómo le afectan, qué se puede hacer?
- ¿Cambios en los sentimientos hacia sí mismo, hacia su cuerpo, desde el inicio de la enfermedad?
- ¿Qué situaciones o cosas le enfadan?
- ¿Qué cosas le aburren?

- ¿Qué cosas le hacen sentir miedo, ansiedad?
- ¿Qué le ayuda a resolver las sensaciones anteriores?
- ¿Alguna vez perdió la esperanza?
- ¿Se siente capaz de controlar las cosas en su vida?
- ¿Qué concepto tiene de su imagen corporal?
- ¿Qué concepto tiene en relación a su valía personal?
- ¿Cómo valora sus capacidades: cognitivas, afectivas o físicas?
- ¿Cómo cree que le valoran los demás?
- Postura personal, movimientos, contacto ocular, entonación o utilización de la voz, tipo de conversación.

3.8 PATRÓN ROL / RELACIONES

Percepción de los principales roles y responsabilidades en su situación vital actual.

Incluye:

- Percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente.
- La satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo, relaciones sociales y las responsabilidades derivadas.

Objetivos de la valoración:

- Describir el patrón de la persona de sus roles familiares y sociales.
- Percepción del paciente acerca de sus patrones de relaciones (satisfacciones, insatisfacciones).
- Problemas percibidos, causas, acciones llevadas a cabo y efectos de dichas acciones.

Preguntas orientativas:

- Estructura familiar.
- ¿Qué significa la familia para usted?

- ¿Qué relación mantiene, es mejorable la situación?
- ¿Tiene amigos?
- Sensación de soledad.
- ¿Pertenece a alguna asociación o grupo?
- Nivel de satisfacción con sus emolumentos.
- ¿De dónde siente que es usted?
- ¿Qué piensa sobre el trabajo?
- ¿Mantiene relaciones con gente de su medio?
- ¿Cómo percibe su rol en la situación actual de su vida?
- ¿Qué responsabilidades cree que asume o debe asumir?
- Satisfacción con su rol familiar, social.

3.9 PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad. Etapa reproductiva y patrón.

Incluye:

- Satisfacción percibida o alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y problemas percibidos.
- Discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea.

Objetivo de la valoración:

- Describir la percepción de problemas reales o potenciales que tiene el paciente sobre factores relacionados, acciones llevadas a cabo y su efecto percibido en relación con el patrón sexual / reproductivo.

Preguntas orientativas:

- Satisfacción o insatisfacción del rol sexual / reproductivo.
- ¿Qué necesidades tiene?
- Cambios en la forma de satisfacción.
- Percepción de problemas.
- Ciclos menstruales.
- Causas percibidas de sus problemas en este patrón. (fármacos, y creencias o influencias extrañas).

3.10 PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrones generales de afrontamiento, tolerancia al estrés, sistemas de soporte y capacidad percibida para controlar y manejar situaciones.

Incluye:

- Capacidad para resistir los cambios.
- Formas de tratar el estrés.
- Sistemas de apoyo familiar o de otro tipo.
- Habilidades percibidas para controlar y dirigir situaciones.
- Estresantes: sucesos que amenazan o cambian la integridad del ser humano. Respuestas hacia el crecimiento y desarrollo o desorganización (miedo, depresión, cambios negativos en la autopercepción, roles y relaciones).
- Adaptación: patrón de adaptación del individuo (técnicas de resolución de problemas, otros mecanismos mentales: resistencias, como racionalización, negación, desplazamiento, proyección, etc.).
- Tolerancia al estrés: nivel de estrés con el cual se maneja de forma efectiva el cliente.

Objetivos de la valoración:

- Describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del paciente.
- Los cambios que experimenta el patrón de adaptación.
- Sistemas de apoyo disponibles.

Preguntas orientativas:

- ¿Cómo percibe su capacidad para manejar situaciones?
- Hable de sus crisis, recuerde cómo fue la última.
- ¿Quién le resulta de más ayuda para hablar de las cosas?
- ¿Está ahora a su disposición?
- ¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?
- ¿Qué le ayuda cuando está tenso? Medicinas, drogas, alcohol...
- ¿Cómo aborda sus problemas con éxito?
- Adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.
- ¿Cómo enfrenta las amenazas?
- Describa sus sistemas de apoyo.

3.11 PATRÓN VALORES / CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos o creencias (incluyendo las espirituales), que guían las elecciones o decisiones.

Incluye:

- Lo percibido como importante en la vida.
- Cualquier percepción de conflictos en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Opiniones de lo que es correcto, apropiado y significativo desde un punto de vista personal.
- Coincidencia de las normas de grupo o no con el punto de vista personal.

Objetivos de la valoración:

- Entender la base de las acciones relativas a la salud.
- Identificar si existe relación con no llevar a cabo las acciones preventivas.

Preguntas orientativas:

- ¿Qué valores guían las elecciones o decisiones?
- ¿Tiene planes de futuro?
- ¿Es importante en su vida la religión?
- ¿Qué percibe como importante en la vida?
- ¿Qué es importante para su calidad de vida?
- Conflictos entre creencias, valores o expectativas y el mantenimiento del estado de salud.

ANEXO 3

UN LENGUAJE COMÚN DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE CUIDADOS DETECTADOS: NOSOLOGÍA NANDA

4.0 Introducción

4.1 Clasificación de diagnósticos NANDA usados en Salud Mental

ANEXO 3

4.0 INTRODUCCIÓN

Con esta etapa anterior comienza el DIAGNOSTICO.

Parece evidente que si la práctica enfermera pretendía alcanzar un funcionamiento basado en el método científico debía dotarse de una terminología comúnmente aceptada. Ésta facilita la comunicación entre profesionales, permite describir los cuidados de enfermería, generaliza la práctica enfermera e investigación con independencia del lugar o ámbito de éstas, y hace posible la gestión de recursos y evaluación de los cuidados.

La NANDA define el diagnóstico enfermero como un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales, que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

En los problemas reales y de riesgo la intervención de la enfermera es independiente y cuando el problema requiere de la colaboración con otros profesionales la enfermera está desarrollando un trabajo interdependiente.

Para la formulación de un diagnóstico se utiliza el formato P.E.S.: PROBLEMA + ETIOLOGÍA + SIGNOS Y SÍNTOMAS

Para unir el problema (ETIQUETA DIAGNOSTICA) con la causa y los síntomas se utiliza la siguiente formula: "RELACIONADO CON" (R/c) y "MANIFESTADO POR" (M/p).

Ejemplo: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (etiqueta diagnóstica) R / c no tener conciencia de enfermedad (causa) M / p la negación a tomarse la medicación y no cumplir las recomendaciones que la enfermera y el equipo le había prescrito (síntomas y signos). Aparecen con una codificación numérica propia y estructurados, según se recomienda.

4.1 CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS NANDA USADOS EN SALUD MENTAL

PATRÓN 1 PERCEPCIÓN DE LA SALUD / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- 1.6.1 Riesgo de lesión
- 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
- 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación
- 1.6.1.3 Riesgo de traumatismo
- 5.2.1 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
- 5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar)
- 5.2.2 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud

PATRÓN 2 NUTRICIONAL / METABÓLICO

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición: por defecto
- 1.1.2.3 Riesgo de la alteración de la nutrición: por exceso
- 1.2.2.1 Riesgo de alteración de la temperatura corporal
- 1.4.1.2.1 Exceso de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquidos
- 1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- 1.6.1.4 Riesgo de aspiración
- 1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral
- 1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea
- 1.6.2.1.2.2 Riesgo deterioro de la integridad cutánea
- 6.5.1.1 Deterioro de la deglución

PATRÓN 3 ELIMINACIÓN

- 1.3.1.1 Estreñimiento

- 1.3.1.2 Diarrea
- 1.3.1.3 Incontinencia fecal
- 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria
- 1.3.2.2 Retención urinaria

PATRÓN 4 ACTIVIDAD / EJERCICIO

- 1.6.1.5 Riesgo de síndrome de desuso
- 1.5.1.2 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad
- 6.4.1.1 Dificultad para el mantenimiento del hogar
- 6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación
- 6.5.2 Déficit de autocuidado: baño / higiene
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del w.c.

PATRÓN 5 SUEÑO / DESCANSO

- 6.2.1 Alteración del patrón de sueño
- 6.2.1.1 Deprivación de sueño

PATRÓN 6 COGNITIVO / PERCEPTIVO

- 7.2 Alteraciones senso perceptivas (especificar: visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias)
- 2.1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal
- 8.1.1 Déficit de conocimientos (especificar)
- 8.2.1 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica

- 8.3 Alteración de los procesos de pensamiento
- 8.3.1 Deterioro de la memoria
- 9.1.1 Dolor

PATRÓN 7 AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

- 6.3.1.1 Trastorno de la imagen corporal
- 6.3.1.2 Trastorno de la autoestima
- 6.3.1.3 Trastorno de la identidad personal
- 6.3.1.4 Déficit de actividades recreativas
- 6.3.1.5 Desesperanza
- 6.3.1.6 Impotencia
- 6.3.1.7 Ansiedad
- 6.3.1.8 Temor

PATRÓN 8 ROL / RELACIONES

- 3.1.1 Deterioro de la interacción social
- 3.1.2 Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol
- 3.2.2 Alteración de los procesos familiares

PATRÓN 9 SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

- 3.2.1.2.1 Disfunción sexual
- 3.3 Alteración de los patrones de sexualidad

PATRÓN 10 ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo
- 5.1.1.1.1 Deterioro de la adaptación
- 5.1.1.1.2 Afrontamiento defensivo
- 5.1.1.1.3 Negación ineficaz

- 5.1.2.1.1 Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante
- 5.1.2.1.2 Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido
- 6.7 Síndrome de estrés del traslado
- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.2.1.2 Duelo anticipado
- 9.2.2 Riesgo de violencia: lesiones a otros
- 9.2.2.1 Riesgo de automutilación
- 9.2.2.2 Riesgo de violencia: autolesiones
- 9.2.3 Respuesta postraumática
- 9.2.3.1 Síndrome traumático de la violación

PATRÓN 11 VALORES / CREENCIAS

- 4.1.1 Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

ANEXO 4

UN NÚMERO DE PLANES CUIDADOS DISPONIBLES (carácter general para su adaptación)

- 5.0 Introducción.**
- 5.1 Adherencia al Tratamiento.**
- 5.2 Contención Mecánica
(Restricción de Movimientos).**
- 5.3 Nutrición.**
- 5.4 Higiene y Aseo personal.**
- 5.5 Interacción Social.**
- 5.6 Contención Psíquica.**
- 5.7 Ejercicio Físico - Movilidad.**
- 5.8 Orientación en la Realidad.**
- 5.9 Mantenimiento de la Salud.**
- 5.10 Prevención de Lesiones.**
- 5.11 Mantenimiento del Entorno y del Hogar.**

ANEXO 4

5.0 INTRODUCCIÓN

La etapa de la PLANIFICACIÓN. El plan de cuidados debe contener objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería, incluir las prioridades y las medidas a tomar para alcanzar los objetivos, fomentando la participación del paciente en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, potenciando la autonomía y capacidad del paciente. Disponer de planes de cuidados generales nos va a ayudar en la planificación personalizada del trabajo que el paciente debe emprender con nuestra ayuda para alcanzar sus objetivos de salud

Estos planes mantienen una estructura común:

1. Definición.
2. Criterios de Inclusión (Diagnósticos NANDA).
3. Actividades.
4. Criterios de Resultados.

Estos Planes de Cuidados pueden considerarse específicos para un tipo de recurso asistencial (Contención mecánica, Mantenimiento del hogar, etc.) o bien pueden ser de común aplicación (Adherencia al tratamiento, Mantenimiento de la salud, etc.), reiterando la facultad de la enfermera para la adaptación a las peculiaridades de su centro y para la adecuación a cada paciente.

5.1 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente tome de forma segura los medicamentos prescritos y observe sus efectos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos aquellos pacientes en que la enfermera observe:

- Que el paciente y / o su familia no es capaz de llevar a la práctica diaria, un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas, que pone en peligro el conseguir objetivos específicos de salud.
- Que el paciente manifieste verbalmente no seguir la recomendación terapéutica.
- Que el paciente se manifieste incapaz de manejar y / o buscar ayuda para mantener la salud.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 5.2.1 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.
- 5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar).
- 5.2.2 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud.

ACTIVIDADES

- Enseñarle a asumir responsabilidades en el seguimiento del tratamiento.
- Informarle acerca de la necesidad de continuar con la medicación en función de su capacidad de comprensión y de sus habilidades.
- Informarle sobre los efectos secundarios de la medicación, para evitar aumentar su desconfianza y sepa buscar ayuda adecuada para corregirlos.
- Hacerle participar en el tratamiento, de forma que se responsabilice de su observancia.
- Observar si cumple las prescripciones medicinales.

- Desarrollar un sistema de soporte asistencial informándole de los recursos de la comunidad (Trabajadora Social, del Centro de Salud, etc.).
- Ayudarle a desarrollar el sistema de soporte social (amigos y vecinos que le ayuden en las prácticas de salud en función de sus necesidades).

CRITERIOS DE RESULTADOS

1. El paciente aceptará el tratamiento y se responsabilizará en la toma de medicación.
2. El paciente identificará efectos secundarios.
3. El paciente sabrá utilizar los recursos comunitarios que precise.

5.2 CONTENCIÓN MECÁNICA (RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS)

DEFINICIÓN

Se entiende por contención física (también llamada contención mecánica) a la acción de inmovilizar al paciente en la cama con correas de sujeción buscando el efecto de reprimir o suspender el movimiento del cuerpo. Se entiende como una práctica terapéutica de uso en situaciones de urgencia en las que un individuo tiene afectado su pensamiento, sus actos y su organización, de forma que no puede asumir responsabilidad alguna por sí mismo. Es una medida, solo aplicable cuando fallan otras medidas (acompañamiento, psicoterapia, farmacológica u otras) y bajo prescripción médica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- En pacientes con potencial de autolesiones y manifestaciones autolesivas inminentes.
- Pacientes con heteroagresividad potencial o manifiesta.
- Por aumento de la actividad motora, con riesgo de poner en peligro la integridad física:
 - Agitación física.
 - Problemas cardíacos.
 - Déficit de retorno venoso con edemas en EEII.

- Para garantizar la seguridad física y el descanso nocturno en:
 - Estados catatónicos
 - Episodios confusionales
 - Abuso de sustancias
 - Personas con algún tipo de demencia y alteraciones conductuales que comprometen la integridad física
- Aplicación de tratamientos terapéuticos en contra de la voluntad del paciente, en este caso con autorización judicial:
 - Tratamientos intravenosos e intramusculares
 - Alimentación por sonda nasogástrica o vía parenteral

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 9.2.2 Riesgo de violencia: lesiones a otros
 - 9.2.2.1 Riesgo de automutilación
 - 9.2.2.2 Riesgo de violencia: autolesiones
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica
- 8.3.1 Deterioro de la memoria
- 5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar)

ACTIVIDADES

Consideraciones previas:

- La contención mecánica debe prescribirla el médico, si bien el enfermero puede iniciarla si lo cree indicado, notificándolo antes de una hora al médico y firmándolo éste antes de tres horas.
- Se debe documentar en la Hoja de Indicación de Contención Mecánica.
- La duración máxima de la sujeción mecánica es de 8 horas o un turno, debiéndose firmar de nuevo si continúa su indicación. Como máximo se mantendrá durante 72 horas, debiéndose valorar de nuevo y comenzando el proceso si fuese necesario.

- El número de profesionales idóneo es de cinco, uno para cada extremidad y uno para la cabeza. Se precisan guantes, y retirar pendientes, anillos, gafas, bolígrafos y otros objetos potencialmente peligrosos en caso de agresividad física.

RECURSOS MATERIALES

- Correas de sujeción mecánica
- Tornillos imantados e imán para los anclajes

RECURSOS HUMANOS

- La presencia de un mínimo de cuatro personas: 2 celadores, auxiliar, enfermera y si es posible el médico.

RECURSOS ORGANIZATIVOS

Decisión: como hemos señalado anteriormente la contención física es una decisión médica por tanto pautada en las órdenes de tratamiento médico, pero en casos de máxima urgencia, cuando haya que tomar una decisión sin demora y en ausencia del médico, será la enfermera la que tome la decisión de la contención, avisando al médico responsable lo antes posible, no tardando más de 1/2 h.

Diseño del plan operativo de ejecución:

Plan específico: La enfermera será la encargada de dirigir la operación. La actitud del personal debe ser en todo momento firme y segura, sabiendo de antemano cuál es su función. Cada una de las personas encargadas de la sujeción se dedicará a inmovilizar un miembro. Debe informarse al paciente de las medidas que se vayan a adoptar.

Una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para obedecer las demandas verbales de la enfermera para que se tumbe voluntariamente en la cama. En caso contrario y sin dar lugar a discusiones, se procederá a reducirlo y trasladarlo a una habitación cerca del control de enfermería siempre que sea posible.

Para reducirlo se tumbará al paciente en decúbito supino (salvo en pacientes con riesgo de aspiración) cada miembro del equipo sujetara al paciente por una extremidad (uno por cada miembro).

La inmovilización debe comenzar con la colocación de las correas de cintura, miembros inferiores y por último superiores.

En caso de inmovilización parcial, ésta se efectuará en diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha, o brazo derecho y pierna izquierda.

Una vez realizada la sujeción:

Se comprobará que las correas estén adecuadamente apretadas y se preguntará al paciente si tiene alguna necesidad básica que cubrir.

En el caso que el paciente continúe agitado, se consultará con el médico la indicación de seguir el protocolo de recomendaciones terapéuticas del paciente agitado-violento. Si están pautadas estas recomendaciones se procederá a su administración.

Registrar minuciosamente el espacio de sujeción y retirar: cinturones, relojes, agujas, mecheros, cerillas u otros objetos peligrosos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se registrará: en la historia de enfermería la hora de inicio y finalización, así como cualquier incidencia relevante en el periodo de ejecución de la sujeción o durante el tiempo que dure la misma. Estas incidencias se las comunicará al médico responsable de la indicación del tratamiento.

El personal de enfermería realizará un seguimiento estrecho del tiempo que el paciente esté contenido. En inmovilizaciones completas, visitará al paciente cada 15 minutos y si es posible soltará de forma rotatoria un miembro con la misma frecuencia. Si el paciente esta con un nivel de conciencia bajo, las visitas serán más frecuentes. En inmovilizaciones parciales las visitas se harán con una frecuencia horaria.

Los útiles de aseo, los platos y cubiertos, la comida y bebida, etc., deberán ser administrados con seguridad y siempre en presencia del personal de enfermería.

En ocasiones precisará ayuda total, tanto en el aseo personal como en las comidas, en estas ocasiones será el personal de enfermería ayudado por el celador (u otros) el que preste estos cuidados.

Para la eliminación fecal y urinaria se le facilitará cuña y botella y favoreciendo la intimidad para la situación y ayudándole en su aseo posterior.

Se vigilará en cada turno de trabajo, si el paciente presenta signos de lesiones por presión producidos por el rozamiento de la sujeción.

La supresión de la contención del paciente se hará de forma gradual. Antes de la liberación el paciente debe estar tranquilo, controlado y dispuesto a reincorporarse a la normalidad de la unidad. En el momento de la liberación estarán presentes al menos tres personas.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- El paciente no manifestará alteraciones de la conducta destruyendo o maltratando el mobiliario, habitación y otros elementos físicos del servicio.
- Demostrará un trato correcto con las propiedades de otros pacientes.
- El paciente no presentará una conducta exhibicionista en público, ni realizará prácticas sexuales.
- El paciente no acosará con intención sexual a pacientes o personal del servicio.
- No generará que se desencadene violencia en otros pacientes.

5.3 PLAN DE CUIDADOS: NUTRICIÓN

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente, logre un estado nutricional adecuado y normalizar su conducta alimentaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Peso superior al 10 % para el ideal de su edad, talla y constitución corporal.

$$\text{Índice de Masa Corporal:} \quad \text{IMC} = \frac{\text{Peso Kg.}}{(\text{Talla m.})^2}$$

- Patrones alimentarios disfuncionales:
- Horarios inadecuados.
- Comer como respuesta a la ansiedad.
- Peso inferior a un 20 % para su peso ideal.
- Aportes de nutrientes inferiores a lo recomendado.
- Aversión a comer.
- Problemas de deglución.
- Falta de alimentos y / o incapacidad para proporcionárselos.
- Falta de interés en los alimentos.
- Pacientes en edad extrema, encamados, con sujeción mecánica.
- Diarreas.
- Dificultad para llevarse la alimentación desde el recipiente hasta la boca.
- Dificultad para llevar los alimentos sólidos y líquidos desde la cavidad bucal a estómago.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición por defecto
- 1.1.2.3 Riesgo de alteración de la nutrición por exceso

6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación

6.5.1.1 Deterioro de la deglución

ACTIVIDADES

- Planificar una dieta adecuada a las necesidades nutricionales del paciente.
- Indicar horarios adecuados, adaptándolos al estilo de vida y actividades del paciente.
- Dietas acordes a las dificultades que presenten (dietas blandas, trituradas, etc.).
- Suplir la dificultad de pacientes para llevarse a la boca los alimentos.
- Observación en casos necesarios:
- Riesgo de atragantamiento.
- Conductas de disimulación.
- Seguimiento y control de peso y estado nutricional.
- Educación dietética o en nutrición.
- Adecuar una nutrición equilibrada que estimule al paciente inapetente (escoger alimentos de su preferencia, recetas apetecibles, etc.).
- Dirigir al paciente a recursos comunitarios que puedan suplir su falta de alimentos.

CRITERIOS DE RESULTADOS

1. El paciente se aproximará al peso adecuado para su edad, sexo, talla y constitución corporal.
2. Conseguirá un equilibrio nutricional adecuado.
3. Pautas de alimentación normalizadas.

5.4 HIGIENE Y ASEO PERSONAL

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a conseguir que el paciente asuma su autocuidado en baño, higiene, vestido, acicalamiento y uso del w.c.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Incapacidad para lavarse total o parcialmente, debida a problemas físicos o psíquicos.
- Incapacidad para el vestido / acicalamiento personal, debida a problemas físicos o psíquicos.
- Incapacidad para el uso del w.c., debida a problemas físicos o psíquicos.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 6.5.2 Déficit de autocuidados: baño / higiene
- 6.5.3 Déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento
- 6.5.4 Déficit de autocuidados: uso del w.c.

ACTIVIDADES

- Ayudarle a realizar actividades que por sí solo no puede, animándole a la participación progresiva y fomentando su independencia: (vestido, baño, ducha, uso del w.c.)
- Proporcionarle útiles para el aseo e informarle sobre su uso.
- Crear hábitos de aseo y uso del w.c. (horarios y lugares) de forma sistemática.
- Ayudar a seleccionar las ropas más adecuadas al momento: situación y temperatura.
- Si hay dolor, aprovechar el momento de máxima analgesia para realizar estas actividades.
- Proporcionar la ropa adecuada.
- Prevenir las caídas y resbalones, utilizando elementos antideslizantes en el baño: suelo, asideros, barras, silla, etc.

- Emplear ropas fáciles de poner y quitar (cierres, velcros, etc.).
- Proporcionar elementos adecuados a sus necesidades para la evacuación (cuña, silla con orinal, sistema de aviso en su habitación, botellas, empapadores)
- Favorecer la intimidad en baño, higiene y eliminación.
- Favorecer la higiene tras la eliminación.
- Fomentar hábitos correctos de higiene, aseo, baño, acicalamiento, vestido y uso de w.c. Educación en aquellos aspectos en los que presente déficits de conocimientos.
- Favorecer y potenciar la higiene bucal tras las comidas y antes de acostarse.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- 1- El paciente conseguirá autonomía para el baño, higiene y uso del WC.
- 2- El paciente, no autónomo, obtendrá unos niveles de ayuda, según sus necesidades, que garanticen su correcto funcionamiento.
- 3- El paciente presentará aspecto aseado, y vestido acorde con la situación y temperatura.

5.5 INTERACCIÓN SOCIAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que el paciente consiga participar en un intercambio social suficiente y adecuado, evitando el aislamiento, y la soledad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Verbalización de malestar en las situaciones sociales.
- Empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con compañeros, familia, amigos.
- Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.
- Ausencia de personas significativas de soporte (familia, amigos, grupo, etc.)

- Tristeza, embotamiento emocional, mutismo, retraimiento, apatía, falta de contacto ocular.
- Hostilidad verbal y en la conducta.
- Búsqueda de la soledad.
- Expresión de sentimientos de rechazo.
- Inseguridad en público.
- Negativa o incapacidad para hablar.
- Dificultad para expresar verbalmente los pensamientos.
- Verbalización inapropiada.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 2.1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal
- 3.1.1 Deterioro de la interacción social
- 3.1.2 Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad

ACTIVIDADES

- Planificar conjuntamente el aumento progresivo de contactos sociales: telefonar y escribir a familiares y amigos, participar en la comunidad, en asociaciones y clubes, etc.
- En ingreso, favorecer la participación en actos colectivos, comedor, sala de estar, juegos de mesa, etc.
- aconsejar la asistencia a terapias de grupo si se considera necesario.
- En caso de enfermedad que provoque rechazo social, ayudar a identificar personas o grupos de soporte y autoayuda.
- Identificar las actividades de tiempo libre que puede y le gustaría hacer (leer, idiomas, bricolaje, etc.) que no sean competitivas ni le resulten amenazadoras.
- Desaconsejar actividades pasivas: televisión, cascos de música, etc.

CRITERIOS DE RESULTADOS

El paciente:

- Participará en un intercambio social efectivo.
- Se relacionará con personas de su entorno, familia y amigos.
- Identificará las causas de su dificultad para iniciar y mantener una relación adecuada.
- Aprenderá técnicas de comunicación y las pondrá en práctica.

La familia:

- Verbalizará ser conocedora del problema e identificará las posibles ayudas que le pueda proporcionar.

5.6 CONTENCIÓN PSÍQUICA

DEFINICIÓN

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para moderar conductas y estados del paciente de los que pueden derivar dificultades de relación consigo mismo y con los demás; de control de sus vivencias en general.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Sentimientos de desesperanza.
- Disminución de las emociones.
- Falta de iniciativa, disminución de respuesta a estímulos, desinterés, alejamiento de relaciones sociales.
- Falta de implicación en sus cuidados, abandono, falta de apetito, pérdida de sueño, etc.
- Comunicación pobre, indiferencia.
- Expresiones de insatisfacción y frustración por incapacidad ante actividades.
- Manifestaciones verbales negativas sobre si mismo: expresiones de vergüenza, culpa, etc.
- Evaluación de si mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.

- Tensión creciente, aprensión, desesperanza persistente, temor, sobresalto, sobreexcitación, confusión, nerviosismo, miedo, inestabilidad, expresión de preocupaciones respecto a cambios vitales.
- Temor ante un estímulo identificado.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 7.3.1 Desesperanza.
- 7.3.2 Impotencia.
- 9.3.1 Ansiedad.
- 9.3.2 Temor.
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima.
- 7.2 Alteraciones sensorio-perceptivas.
- 8.3 Alteración en los procesos de pensamiento.
- 9.2.2 Riesgo de violencia: lesiones a otros.
 - 9.2.2.1 Riesgo de automutilación.
 - 9.2.2.2 Riesgo de violencia: autolesiones.

ACTIVIDADES

- Estimular la toma de decisiones en aquellas circunstancias en que la persona se vea más segura, menos amenazada.
- Permitir que asuma tanta responsabilidad como sea posible en su propio cuidado.
- Explicar siempre lo que se le va a hacer y por qué (pruebas, estudios diagnósticos, tratamientos, etc.)
- Valorar los logros y aspectos positivos de los avances diarios hacia los objetivos propuestos (con un registro por ejemplo).
- Ayudar a buscar formas de canalizar la energía excesiva (deporte, paseo, distracciones).
- Explicar las normas y funcionamiento de la Unidad, proporcionando información adecuada a la persona.

En caso de situación de pánico:

- Permanecer con la persona hasta que haya pasado la crisis de pánico.
- Mantener una actitud calmada intentando tranquilizarle sobre su seguridad.
- Mensajes breves, sencillos, hablar de forma pausada y clara.
- No formular preguntas, dejar que la persona se exprese libremente.
- Reducir la estimulación ambiental: ruidos, luces, personas.
- Cuando el nivel de ansiedad se haya reducido, animar a comentar la experiencia.
- Aumentar las situaciones de contacto con el origen del temor de forma paulatina.

En las alteraciones sensorio-perceptivas:

- Ayudar a identificar el alcance de las alteraciones y explicarle que son percepciones suyas no reales.
- Riesgos de violencia: lesiones a otros, automutilación y autolesiones:
- Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo.
- Reconocer los sentimientos del individuo.
- Ayudar a identificar las situaciones o acontecimientos que desencadenan o agravan sus sentimientos (preocupaciones familiares, conflictos personales, conflictos laborales).
- Interrelacionarse, ofreciendo ayuda hablando abiertamente con la persona sobre sus ideas de suicidio.
- Favorecer la expresión verbal de la ira en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.
- No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal.
- No invadir el espacio personal.
- Ofrecer al paciente elecciones y opciones: puede ser necesario concederle alguna exigencia para evitar la lucha de poder.
- Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.

Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo:

- Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse cogido en una trampa física por parte del paciente al personal.
- No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.
- Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles.
- Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad y temor.
- Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.

Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta:

- Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

CRITERIOS DE RESULTADOS

La persona:

- Expresará la percepción de tener un mayor control sobre sí misma y/o sobre su entorno.
- Adquirirá competencia en la aplicación de técnicas para la reducción del estrés, técnicas y habilidades para realizar los cuidados.
- Participará activamente en la toma de decisiones respecto a su vida o sus cuidados.
- Identificará los pensamientos que no estén basados en la realidad.
- Se comprometerá a seguir las actividades pactadas en el plan de cuidados.
- Mostrará una reducción / desaparición de las conductas que pueden ser física, emocionalmente y / o sexualmente lesivas para él o para otros.

Identificará:

- Las situaciones y acontecimientos relacionados con el desarrollo / descontrol de los sentimientos agresivos hacia los demás.
- Formas aceptables de liberar los sentimientos hostiles y agresivos.

- No se provocará ningún tipo de lesión.
- Identificará habilidad en el manejo de las limitaciones y de la vulnerabilidad como parte esencial de la condición humana.
- Pactará con la enfermera un contrato a corto plazo por el que se compromete a no autolesionarse.

5.7 EJERCICIO FÍSICO - MOVILIDAD

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a realizar actividad física y movimientos independientes capacitando a la persona para encontrar fuerzas tanto físicas como psicológicas y hacer compatible las actividades diarias requeridas o deseadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Incapacidad para moverse dentro del entorno físico.
- Disminución de la fuerza, control.
- Deterioro de la coordinación.
- Comentarios de fatiga o debilidad.
- Comentarios de aburrimiento, apatía, desgana.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad
- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas

ACTIVIDADES

- Identificar las actividades que puede realizar de forma autónoma, aquellas en las que requiere asistencia y el nivel de ésta.
- Animar a la persona a realizar por si misma todas las actividades que pueda.
- Elaborar y llevar a cabo un programa de ejercicios físicos activos o pasivos, con el objetivo de mantener el tono y fuerza muscular.

- Si es posible ayudarlo a levantarse, a deambular tanto tiempo como tolere.
- Proporcionar sistemas de ayuda para la movilización (por ejemplo muletas, bastones, andador, silla de ruedas).
- Controlar los signos de fatiga antes y después del ejercicio.
- Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física.
- Reforzar la importancia del reposo / sueño, programando períodos de descanso durante las actividades cotidianas.
- Confeccionar listado de actividades entre las que pueda elegir (bricolaje, ganchillo, jardinería, pintura, modelado, coleccionismo, lectura, radio, televisión, paseo, crucigramas, etc.).
- Proporcionar material (nosotros o familia) adecuado para las actividades recreativas.

CRITERIOS DE RESULTADOS

La persona:

- Adquirirá / recobrará su máxima capacidad de movilización.
- Demostrará habilidad en la realización de las técnicas de compensación y suplencia.
- Expresará su deseo de cooperar en la movilización de acuerdo con sus capacidades.
- Llevará a cabo las actividades de la vida diaria sin un esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.
- Practicará los ejercicios de fortalecimiento muscular y de movilización de las extremidades, técnicas de rehabilitación.
- Expresará su deseo de desarrollar y mantener la máxima independencia en las actividades de la vida diaria.
- Participará en actividades recreativas adecuadas a su edad y situación.
- Desarrollará las habilidades necesarias para participar en las actividades lúdicas escogidas.
- Expresará su deseo de participar en las actividades recreativas planificadas.

5.8 ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a orientar en la realidad, logrando una correcta interpretación de las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Constante desorientación en entornos conocidos y desconocidos.
- Estados confusionales crónicos.
- Pérdida de memoria.
- Incapacidad de seguir instrucciones simples.
- Incapacidad para razonar.
- Incapacidad para concentrarse.
- Alteración de los patrones de comunicación.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 8.2.1 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
- 7.2 Alteraciones sensoperceptivas
- 8.3 Alteración de los procesos del pensamiento
- 8.2.2 Confusión aguda
- 8.2.3 Confusión crónica

ACTIVIDADES

- Dar instrucciones claras para orientar a la persona según sea necesario.
- Llamarle por su nombre.
- Identificarse al hablar con ella.
- Decirle fecha, hora y lugar donde se encuentra, varias veces a lo largo del día.
- Reforzar los mensajes con ayudas no verbales.
- Utilizar la radio y / o televisión para reforzar la orientación.

- Colocar reloj y calendario de fácil visibilidad.
- Vestimenta adecuada al día y a la noche.
- Flexibilizar horarios de visita para que la familia colabore en los cuidados.
- Personalizar en lo posible su habitación (adornos, fotos, etc.)
- Mostrar fotografías de sitios y gente conocidos, explicándoselas.
- Entorno estructurado y listado de rutinas diarias para que todo el mundo que participe en los cuidados lo siga.
- Hablar de forma tranquila y lenta, con voz suave y permaneciendo a la vista de la persona mientras le hablamos.
- Procurar frecuentes períodos de descanso.
- Reducir o aumentar los estímulos según esté indicado (iluminación, colorido, sonidos, etc.)
- Identificar el espacio físico con letreros y dibujos.
- Mantener el entorno lo más inalterado posible.
- Determinar la conveniencia de que lleve encima un sistema de identificación: nombre, teléfono, dirección, en una tarjeta.
- Distribuir la medicación en apartados señalando en cada uno la hora y la toma.
- Poner por escrito las instrucciones de los aparatos domésticos más habituales, poniéndolas junto a estos (lavadora, cocina,...)
- Colgar junto al teléfono los números más habituales y necesarios.

CRITERIOS DE RESULTADOS

La persona:

- Mantendrá / aumentará el nivel actual de orientación en el tiempo, el espacio, y las personas
- Percibirá de forma correcta personas, objetos y ruidos del entorno.
- Logrará una correcta interpretación del entorno.

La familia:

- Demostrará habilidad en las técnicas y habilidades requeridas para el cuidado del paciente.
- Manifestará su deseo de colaborar en la confección y puesta en práctica del plan de cuidados.

5.9 MANTENIMIENTO DE LA SALUD

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a capacitar al paciente para identificar, dirigir y / o buscar ayuda exterior para mantener la salud, relacionándolo con los déficit que presente.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Falta de conocimientos, habilidades, voluntad, recursos, etc. pero no cuando sea decisión de la persona el mantener conductas que puedan ser lesivas a su salud.

O con el siguiente diagnóstico NANDA:

6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud.

ACTIVIDADES

- Identificar las repercusiones de la salud sobre la vida cotidiana y conocimientos, habilidades, recursos personales para utilizarlos eficazmente.
- Necesidad de ayuda externa (familia, amigos, vecinos, servicios, asociaciones, etc.)
- Estimular la autonomía personal en los cuidados de su salud, supliendo las áreas que no pueda cubrir.
- Proporcionar información o educación sanitaria de acuerdo a necesidades y capacidades del individuo.
- Favorecer, en el caso de conductas nocivas, su acceso a grupos especializados o programas específicos.

Revisar información sobre Protocolos de Tabaco, Alcohol y Drogas

CRITERIOS DE RESULTADOS

La persona:

- Identificará y / o utilizará los recursos de que dispone para mantener su salud.
- Determinará las áreas específicas en que necesita ayuda.
- Adquirirá destreza en la realización de las habilidades necesarias para el mantenimiento de su salud.
- Expresará su intención de solicitar las ayudas externas que necesite.

5.10 PREVENCIÓN DE LESIONES

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a garantizar la prevención de riesgos que puedan suponer al paciente lesión, asfixia, intoxicación, traumatismo, aspiración y deterioro de la integridad cutánea.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- El paciente presenta riesgo de sufrir una lesión por discapacidad de adaptación al entorno y condiciones ambientales.
- El paciente presenta riesgo de asfixia accidental (atragantamiento, inhalación de gases) o aspiración.
- El paciente presenta riesgo de intoxicación accidental por ingestión de sustancias potencialmente peligrosas: medicamentos, productos de limpieza, drogas, pesticidas, etc.
- El paciente presenta riesgo de heridas, quemaduras, fracturas, etc.
- El paciente presenta riesgo de alteración de la integridad de la piel.

O con los siguientes diagnósticos NANDA:

- 1.6.1 Riesgo de lesión
- 1.6.1.1 Riesgo de asfixia
- 1.6.1.2 Riesgo de intoxicación

1.6.1.3 Riesgo de traumatismo

1.6.1.4 Riesgo de aspiración

1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea

1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

ACTIVIDADES

- Determinar conjuntamente la presencia de factores de riesgo personales o ambientales.
- Favorecer un entorno seguro.
- Mantener iluminación nocturna adecuada.
- Mantener productos tóxicos y medicamentos correctamente etiquetados y en armarios cerrados.
- Evitar fumar en la cama.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- El paciente no sufrirá lesiones por desadaptación al entorno y las condiciones ambientales.
- El paciente no se intoxicará con productos potencialmente peligrosos.
- El paciente no sufrirá situaciones de asfixia o aspiración.

5.11 MANTENIMIENTO DEL ENTORNO Y DEL HOGAR

DEFINICIÓN

Actividades dirigidas a que el paciente mantenga un entorno y / o hogar confortable, ordenado y en condiciones higiénico-sanitarias adecuadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Dificultad subjetiva para mantener su casa confortable.
- Entorno desordenado, sucio, inadecuado (cocina, baños, habitaciones), peligroso.
- Acumulo de suciedad o desechos. Malos olores. Mala ventilación, temperatura inadecuada, presencia de parásitos y roedores.

O con el siguiente diagnóstico NANDA:

6.4.1.1 Dificultad para el mantenimiento del hogar.

ACTIVIDADES

- Ayudar a identificar el origen del problema y sus repercusiones en el hogar / entorno.
- Ayudar a planificar estrategias realistas que aseguren la mejora y mantenimiento de hogar / entorno.
- Determinar necesidades de equipamiento, facilitar su adquisición y adiestramiento en su manejo.
- Fijar las necesidades de ayuda, así como los recursos externos disponibles (familia, amigos, vecinos, voluntariado, servicios socio - sanitarios)
- Fomentar su autonomía en el cuidado de pertenencias y enseñarle habilidades básicas necesarias para su mantenimiento en función de sus capacidades.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- Mantendrá un entorno / hogar seguro y protector.
- Adquirirá habilidades requeridas para el mantenimiento de entorno / hogar, en función de su capacidad.
- Mantendrá un entorno / hogar limpio y ordenado.

ANEXO 5

PLANES DE CUIDADOS ADAPTADOS A UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

- 6.1 Recepción del Paciente.**
- 6.2 Higiene y Aseo Personal.**
- 6.3 Alimentación.**
- 6.4 Acompañamiento y Contención.**
- 6.5 Despertar.**

ANEXO 5

6.1 RECEPCIÓN DEL PACIENTE

1.- Definición y objetivos:

Definición:

Plan dirigido a favorecer el conocimiento del funcionamiento de la Unidad y la adaptación a su proceso de rehabilitación.

Objetivos:

- Familiarizar al paciente y su familia con la Unidad, el entorno y las normas de funcionamiento.
- Conocer a los pacientes y al equipo rehabilitador.
- Ubicar al paciente y sus pertenencias en su habitación.

2.- Ubicación:

- Despacho de enfermería.
- Toda la Unidad y adyacentes.
- Habitación.
- Se procurará que los ingresos sean programados.

3.- Profesional que lo realiza:

- Dos auxiliares con la coordinación de una enfermera.

4.- Perfil del usuario:

- Todos los pacientes que ingresen en la UME.

5.- Actividades:

- Tras conocer la propuesta de ingreso se enviará al paciente cita para su recepción en la Unidad, incluyendo listado de pertenencias y documentos que debe traer.
- En función de su viabilidad, se realizará visita domiciliaria previa al ingreso para entrevista con el paciente y su familia.

- Informar al equipo del C.S.M. de referencia del ingreso en nuestra Unidad.
- Presentación de los profesionales.
- Presentación de los pacientes de la unidad.
- Acompañamiento a la habitación: presentar compañero.
- Informar del espacio personal: armario, cama, etc., y normas de utilización.
- Mostrar las distintas dependencias, ayudar a colocar las pertenencias.
- Facilitar normas escritas.
- Normas de la unidad: objetos personales, visitas, llamadas telefónicas, salidas y / o permisos, tabaco.
- Informar de la oferta de servicios de la Unidad.

6.- Criterios de alta: No aplicable.

6.2 HIGIENE Y ASEO PERSONAL

1.- Definición y objetivos:

Definición:

Plan destinado a que el paciente integre en su comportamiento actividades adaptadas de higiene, aseo personal, cuidado de pertenencias y entorno.

Objetivos:

- Adquirir hábitos diarios de aseo personal (ducha, higiene bucodental, cuidado de piel, uñas, cabello, afeitado, etc.).
- Integrar en su vida diaria el cambio periódico de ropa personal y de cama, así como su lavado, cuidado y reposición.
- Usar ropa y / o complementos adecuados a la climatología.
- Expresar comodidad y satisfacción con el aseo y la limpieza.

2.- Ubicación:

- Baño, habitación y espacios comunes, y ámbito comunitario.
- Horario: al levantarse (baño, dientes, afeitado)

3.- Profesional que lo realiza:

- Auxiliares
- Supervisión y apoyo si precisa, de la enfermera

4.- Perfil del usuario:

- Pacientes valorados por la enfermera como "déficit de autocuidados: higiene y aseo personal".

5.- Actividades:

- Informar al paciente de su asignación al programa, tiempo y espacios en los que se desarrolla, y objetivos que deberá alcanzar.
- Se mantendrá la intimidad del paciente y se velará por su seguridad.
- Se garantizará la disponibilidad del material necesario.
- Ducha diaria.
- Lavado de cabello.
- Lavado de dientes tras las comidas.
- Higiene de las uñas.
- Afeitado – depilación.
- Uso moderado de colonia. Cambio de ropa interior.
- Cambio de ropa personal adecuándola a la estación del año.
- Cambio de ropa sucia si precisa.
- Recogida de ropa sucia depositándola en el lugar correcto.
- Potenciar la utilización de los recursos comunitarios, (peluquería, tiendas, recursos de su vivienda: armarios, lavadora, etc.)
- En pacientes autónomos, supervisión de higiene correcta.
- Fomentar lavado de manos antes de las comidas y tras uso de w.c.

- Revisión semanal, con el paciente, de su armario y pertenencias.
- Reposición periódica de lencería: toallas, sábanas, pijama, zapatillas.
- Evitar actitudes de rechazo ante el aspecto y / o dificultades del paciente.

6.- Criterios de alta:

- Se ducha correctamente cada día.
- Realiza lavado de manos e higiene bucodental.
- Se compromete a mantener su higiene personal; cuidado, uso pertinente y reposición de su ropa; uso de recursos comunitarios.
- Verbaliza satisfacción con la higiene, aseo personal y uso de ropa limpia.

6.3 ALIMENTACIÓN

1.- Definición y objetivos:

Definición:

Conjunto de actividades orientadas a una correcta nutrición favoreciendo el desarrollo de habilidades instrumentales y sociales.

Objetivos:

- Favorecer la integración de un patrón nutricional adecuado a sus necesidades.
- Adquirir, mantener y / o desarrollar habilidades instrumentales.
- Adquirir, mantener y / o desarrollar habilidades sociales.
- Colaborar al aumento de conocimientos relacionados con la alimentación.

2.- Ubicación:

- Comedor.
- Habitación en situaciones programadas.
- Horario: 9 h. – 13 h. – 17 h. – 20 h. (de acuerdo con el programa)

3.- Profesional que lo realiza:

- Auxiliares con la coordinación de enfermería.

4.- Perfil del usuario:

Todo paciente diagnosticado por la enfermera de:

- Alteración de la nutrición por defecto o exceso.
- Déficit de autocuidados: alimentación.
- Riesgo de aspiración.

5.- Actividades:

- Se informará de horarios y lugares de comidas.
- Estimular higiene pre y post comida.
- Comprobar que el paciente cumple horarios de comedor y se ubica adecuadamente.
- El paciente colabora en el cumplimiento de las normas del comedor.
- Comprobar la correcta presentación de la dieta.
- Respetar el ritmo del paciente.
- Comprobar y enseñar, en su caso, que usa correctamente el utillaje.
- Observar el tipo de relaciones sociales que se establecen en el comedor.
- Supervisar la ingesta de la dieta prescrita.
- Comprobar si presenta problemas en la masticación y deglución.
- Complimentar registros disponibles.
- Reforzar positivamente los logros adquiridos.
- Evitar las expresiones de rechazo ante las dificultades que pueden presentar los pacientes.

6.- Criterios de alta:

- El paciente cumple horarios y normas autónomamente.
- Verbaliza los beneficios de llevar una dieta correcta.
- Utiliza adecuadamente los utensilios.
- Mantiene conductas socialmente aceptables.

6.4 ACOMPAÑAMIENTO Y CONTENCIÓN

1.- Definición y objetivos:

Definición:

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para favorecer la integración del paciente en su programa de rehabilitación, así como detectar y moderar conductas y estados del paciente de los que pueden derivar dificultades de relación consigo mismo y con los demás.

Objetivos:

- Detectar precozmente conductas que exigen derivación a otros recursos.
- Favorecer la integración del paciente en su programa rehabilitador.
- Conseguir que el paciente desarrolle su capacidad de autocontrol y manifieste conductas normalizadas.
- Reducir ansiedad y angustia del paciente, del resto de la Unidad y de los profesionales de la misma.

2.- Ubicación:

- En todo el ámbito donde se desarrollen los programas de la UME.
- Horario: a lo largo de las 24 h.

3.- Profesional que lo realiza:

- Todos los profesionales, en cualquiera de los niveles.

4.- Perfil del usuario:

Todo paciente diagnosticado por la enfermera de:

- Afrontamiento individual inefectivo.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Temor.
- Ansiedad.

- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Riesgo de violencia: lesiones a otros.
- Riesgo de violencia: autolesiones.
- Riesgo de violencia: automutilación.

5.- Actividades:

A) Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo en su programa de rehabilitación:

- Explicar al paciente que nuestras actividades del plan van a mejorar su adaptación a la UME en poco tiempo.
- Reconocer los sentimientos del individuo: "está pasando un mal momento", "puedo hacer algo por usted", "puedo ver que está enfadado", "no le dejaremos hacer nada destructivo".
- Ofrecer al paciente elecciones y opciones: puede ser necesario concederle alguna exigencia o establecer algún tipo de negociación.
- Favorecer la expresión verbal de sentimientos en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.
- No invadir el espacio personal.
- Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.
- No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal.
- Informar a otros pacientes cercanos de la situación: "lo está pasando mal", "hay que comprender su situación", "entre todos podemos ayudar". Para aumentar la capacidad de contención y colaboración del grupo.

B) Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo y establecer un medio ambiente que reduzca la agitación:

- Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse cogido en una trampa física.
- No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.

- Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles. Aclarar en todo momento cuál es nuestro papel: “lo está pasando mal”, “le vamos a ayudar”, “no le dejaremos solo”.
- Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad y temor.
- Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.
- Hablar con mensajes firmes, cortos y concretos.
- Disminuir el nivel de ruidos. Evitar la oscuridad, puede aumentar la desorientación y favorecer la sospecha.

C) Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta:

- Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

D) Puesta en marcha del sistema de derivación:

- Avisar al psiquiatra de que se han puesto en marcha las actividades de los grupos B y C, para evaluar la posible evolución del paciente y decidir su derivación a otro recurso.

6.- Criterios de alta:

- El paciente verbaliza los motivos de su estancia en la UME.
- Manifiesta niveles de acuerdo con el programa rehabilitador.
- Acude a un número aceptable de compromisos terapéuticos.
- Disminuye su temor, ansiedad y riesgo de violencia.
- El paciente asume la necesidad de pedir ayuda cuando vea desbordada su capacidad de autocontrol.

6.5 DESPERTAR

1.- Definición y objetivos:

Definición:

Conjunto de actividades sistemáticas que contribuyen a la orientación auto y alopsíquica de los pacientes asistidos.

Objetivos:

- Favorecer el reconocimiento de sí mismo y de las personas que le rodean (compañeros, profesionales, familia).
- Identificar los motivos de su ingreso en la UME.
- Orientar al paciente en tiempo y lugar durante todo el día.
- Manejar correctamente los horarios de la Unidad.

2.- Ubicación:

- Habitación del paciente y toda la UME.

3.- Profesional que lo realiza:

- Intervención de auxiliares a las 8 h. de la mañana con los pacientes derivados a este plan.
- A lo largo de las 24 h. todos los profesionales que interactúan con los pacientes.

4.- Perfil del usuario:

Todo paciente diagnosticado por la enfermera de:

- Alteraciones sensorperceptivas.
- Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno.
- Confusión aguda o crónica.
- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Deterioro de la memoria.

5.- Actividades:

- Orientar en:
 - Persona: Entrar en la habitación dando el buenos días a cada paciente, dirigirse al paciente por su nombre, presentarse y mencionar al compañero de la habitación. Interesarse por su descanso, si ha sido bueno o ha tenido algún problema.
 - Tiempo: identificar hora, día, mes y año. Identificar la estación con la observación del exterior. Informarle de la temperatura exterior para que use ropa adecuada.
 - Espacio: reubicar en la Unidad, en el Hospital y en la ciudad.
- Ofrecer explicaciones sencillas de las tareas que se van a realizar a lo largo del día.
- Saludar a la entrada y salida del turno.
- Ofrecerse como ayuda en todo momento.
- En general, mediante la relación resituar al paciente respecto de sí mismo, del lugar y de la tarea a realizar para recuperar su patrón general de funcionamiento personal.

6.- Criterios de alta:

- El paciente se reconoce a sí mismo y a las personas que le rodean (compañeros, profesionales, familia)
- Identifica los motivos de su ingreso en la UME.
- El paciente está orientado en tiempo y lugar durante todo el día.
- Maneja correctamente los horarios de la Unidad.

ANEXO 6

PLANES DE CUIDADOS ADAPTADOS A UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE HOSPITAL GENERAL.

- 7.1 Acogida del Paciente y Familia.
- 7.2 Adhesión al Tratamiento.
- 7.3 Despertar.
- 7.4 Alimentación.
- 7.5 Ejercicio Físico / Movilidad.
- 7.6 Higiene e Imagen Personal.
- 7.7 Interacción Social.
- 7.8 Visitas Familiares.
- 7.9 Nutrición.
- 7.10 Higiene del Sueño.
- 7.11 Mantenimiento de las Pertenencias.
- 7.12 Lectura de Prensa.
- 7.13 Contención Psíquica.
- 7.14 Ocio y Tiempo Libre.

ANEXO 6

7.1 ACOGIDA DEL PACIENTE Y FAMILIA

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades destinadas a la primera toma de contacto del paciente y familia, con el fin de que conozcan el funcionamiento de la Unidad.

OBJETIVOS GENERALES

- Familiarizar al paciente y su familia con la Unidad, el entorno y las normas de funcionamiento.
- Crear un clima de confianza y seguridad en el paciente.
- Ubicar al paciente en su habitación.

UBICACIÓN

Lugar: Entrada de la U.C.E. y habitación asignada al paciente.

Horario: 24 h.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

PERFIL DEL USUARIO

Todos los pacientes que ingresan en la UCE.

ACTIVIDADES

- Presentación de los profesionales.
- Acomodo en la habitación y presentación del compañero de la misma.
- Realización del Protocolo de Recepción en la U.C.E.
- Informar al paciente y familia sobre normas de funcionamiento de la Unidad (documentación en desarrollo).
- Entregar documentación sobre derechos y deberes del paciente en la Unidad (documentación en desarrollo).

- Informar de la oferta de cuidados de la Unidad.
- Supervisión y recogida de pertenencias (protocolo de pertenencias – en desarrollo).
- Cumplimentar el protocolo de valoración inicial.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente y su familia son informados y conocen el funcionamiento de la Unidad.
- El paciente y su familia sienten seguridad y confianza.

7.2 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente tome de forma segura los medicamentos prescritos y observe sus efectos. A su vez que integre en su patrón de funcionamiento, tras el alta, la necesidad de cumplir las prescripciones médicas, de enfermería, citas programadas o capacidad de pedir ayuda ante la aparición de señales de alarma.

OBJETIVOS GENERALES

- Se asegurará el cumplimiento del tratamiento (en caso de nula conciencia de enfermedad o negativa a tomarlo).
- Aumentar el nivel de autonomía en el seguimiento de las prescripciones farmacológicas, recomendaciones médicas y de enfermería.
- Favorecer el reconocimiento de los efectos beneficiosos del tratamiento, primando éstos sobre los efectos secundarios del mismo.
- Fomentar la integración en su vida diaria un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, así como la necesidad de pedir ayuda si aparecen señales de alarma.
- Promover el cumplimiento de las citas acordadas en su C.S.M.

UBICACIÓN

Lugar: Habitación del paciente y comedor, y la totalidad de la Unidad.

Horario: Desayuno, comida y cena; a las 23 h. y otras horas pautadas o cualquier hora en situación de urgencia.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera.

Auxiliar de enfermería y celador si se precisa.

PERFIL DEL USUARIO

- Conductas indicativas de incumplimiento del tratamiento por observación directa o por afirmaciones de personas significativas.
- Evidencia de exacerbación de síntomas y / o no asistencia a citas programadas.
- Falta de habilidades o conocimientos de las prácticas de salud básicas e incapacidad para solicitar ayuda.

Pacientes con los siguientes diagnósticos NANDA formulados por las Enfermeras:

- 5.2.1 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.
 - 5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar).
- 5.2.2 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar.
- 6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud.

ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente a asumir responsabilidades en el seguimiento del tratamiento.
- Informar sobre la necesidad de continuar con la medicación según su capacidad de comprensión y habilidades.
- Informar sobre los efectos beneficiosos y secundarios del tratamiento para disminuir su desconfianza y para que sepa buscar ayuda adecuada para corregirlos.
- Proporcionar la medicación según las pautas médicas asegurando su administración.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente acepta el tratamiento y se responsabiliza de la toma de medicación.
- El paciente identifica efectos secundarios.
- El paciente verbaliza balance positivo de mantener la continuidad del tratamiento.
- El paciente se compromete a solicitar ayuda utilizando los recursos comunitarios que precise tras el alta (C.S.M., Atención Primaria, servicios sociales y comunitarios).

7.3 DESPERTAR

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a que el paciente despierte a la hora convenida, y en las condiciones óptimas, de orientación a la realidad propia y de su entorno.

OBJETIVOS GENERALES

- Permanecer dormido el tiempo conveniente en cada caso.
- Favorecer el reconocimiento de sí mismo y del entorno (pacientes, familiares y profesionales).
- Recordar las actividades diarias programadas.
- Fomentar la orientación temporo - espacial durante el día.
- Identificar los motivos de su ingreso en la Unidad si procede.

UBICACIÓN

Lugar: Habitación del paciente y toda la unidad.

Horario: De 8 a 8'15 h. aunque puede prolongarse durante las 24 h. para lograr una buena orientación si el paciente lo precisa (estableciendo horario p.ej. cada 2 h.).

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Celador y auxiliar de enfermería con el apoyo de enfermería si se precisa.

PERFIL DEL USUARIO

Todo paciente con diagnóstico NANDA de:

- 8.3.1 Deterioro de la memoria.
- 8.3 Alteración de los procesos del pensamiento.
- 7.2 Alteraciones sensitivas y perceptuales.
- 8.2.2 Confusión aguda.
- 8.2.3 Confusión crónica.

ACTIVIDADES

- Orientar en persona: dar los buenos días al paciente dirigiéndose a él por su nombre, así como interactuar con el compañero de habitación. Mostrar interés por su descanso.
- Orientar en el tiempo: le informaremos de la hora, día, mes y año; climatología que transcurre en el exterior.
- Orientar en el espacio: si es necesario reubicar en la unidad, hospital y ciudad.
- Dar explicaciones sencillas de las tareas que realizará a lo largo del día.
- Saludar a la entrada y salida del turno.
- Ofrecerle nuestra ayuda en todo momento.
- En general, mediante la interrelación con el paciente lo orientaremos en tiempo y espacio, así como en las tareas que realizará a lo largo del día y así recuperar su patrón normal de funcionamiento.
- Inclusión de elementos de orientación: relojes, calendarios, carteles con nombres, etc.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente se reconoce a sí mismo y a su entorno.
- El paciente identifica los motivos por los que ha ingresado.
- El paciente se encuentra orientado durante las 24 h.
- El paciente maneja correctamente los horarios de la Unidad.
- El paciente acude a las actividades programadas sin necesidad de recordárselas.
- El paciente reconoce a las personas que le rodean (pacientes, familiares y profesionales).

7.4 ALIMENTACIÓN

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades orientadas a una correcta nutrición favoreciendo el desarrollo de habilidades instrumentales y sociales.

OBJETIVOS GENERALES

- Colaborar a la integración de un patrón nutricional y conductas, adecuadas a sus necesidades.
- Adquirir, mantener y / o desarrollar habilidades instrumentales.
- Adquirir, mantener y / o desarrollar habilidades sociales.
- Colaborar al aumento de conocimientos en relación a la alimentación.

UBICACIÓN

- Lugar: Comedor (salvo excepciones relacionadas con el estado del paciente)
- Horario:

9 – 9'30 h. Desayuno

13 – 14 h. Comida

17 – 17'30 h. Merienda

20 – 21 h. Cena

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

PERFIL DEL USUARIO

- Ausencia de interés por mantener conductas socialmente aceptables en el ámbito del comedor.
- Falta o disminución de habilidades instrumentales.
- Pacientes que comen excesivamente rápido sin practicar una masticación adecuada ni mantener relaciones con los compañeros en los espacios de comidas.
- Ausencia de conocimientos en relación a la importancia de la alimentación en su vida diaria.
- Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre.
- Incapacidad para: manejar los utensilios, masticar la comida, usar dispositivos de ayuda (prótesis), abrir recipientes, mover los alimentos en la boca, llevarlos a la boca desde un recipiente, ingerir alimentos de forma socialmente aceptable, riesgo de aspiración
- Verbalizaciones u observación de malestar en el ámbito del comedor
- Tristeza, embotamiento emocional, mutismo, retraimiento, falta de contacto ocular, búsqueda de la soledad, conductas inaceptables

Y / o con los siguientes diagnósticos NANDA formulados por las Enfermeras:

- 1.6.1.4 Riesgo de aspiración
- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición por defecto
- 6.5.1 Déficit de autocuidados: alimentación
- 3.1.1 Deterioro de la interacción social

ACTIVIDADES

- Se informará de horarios, menús disponibles y lugares de comidas.
- Estimular higiene pre y post comida.

- Comprobar que el paciente cumple horarios de comedor y se ubica adecuadamente.
- Fomentar el cumplimiento de las normas del comedor y colaborar en la recogida de bandejas.
- Animar a la expresión de opiniones sobre la comida
- Comprobar la correcta presentación de la dieta.
- Respetar el ritmo del paciente.
- Comprobar y enseñar, en su caso, que usa correctamente el utillaje.
- Observar el tipo de relaciones sociales que se establecen en el comedor.
- Supervisar la ingesta de la dieta prescrita.
- Comprobar si presenta problemas en la masticación y deglución o uso de prótesis.
- Reforzar positivamente los logros adquiridos.
- Evitar las expresiones de rechazo ante las dificultades que pueden presentar los pacientes.
- Corregir hábitos posturales.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente cumple horarios y normas autónomamente.
- El paciente verbaliza los beneficios de llevar una dieta correcta.
- El paciente utiliza adecuadamente los utensilios.
- El paciente mantiene conductas socialmente aceptables.

7.5 EJERCICIO FÍSICO / MOVILIDAD

DEFINICIÓN

Actividades encaminadas a mejorar la capacidad de movimientos que permitan al paciente un mejor control sobre sus condiciones físicas y psicomotrices.

OBJETIVOS GENERALES

- Conseguir que el paciente adquiera seguridad para realizar de forma autónoma las AVD.
- Favorecer la recuperación de un nivel de autoestima aceptable.
- Motivar a que integre en su vida habitual, tras el alta, un programa de actividad física y ejercicio, adaptado a sus necesidades.

UBICACIÓN

Lugar: Sala de actividad física.

Horario: 18'30 – 19'15 h. Lunes – Miércoles – Viernes.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Celador, auxiliar de enfermería y enfermera.

PERFIL DEL USUARIO

- Incapacidad para moverse dentro del entorno físico.
- Disminución de la fuerza, control.
- Deterioro de la coordinación.
- Comentarios de fatiga o debilidad.
- Comentarios de aburrimiento, apatía, desgana.

Pacientes con los siguientes diagnósticos NANDA formulados por las Enfermeras:

- 1.3.1.1 Estreñimiento
- 1.3.1.1.1 Estreñimiento subjetivo
- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2 Intolerancia a la actividad

- 6.1.1.3 Riesgo de intolerancia a la actividad
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
- 8.1.1 Déficit de conocimientos

ACTIVIDADES

- Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física.
- Ejercicios de elasticidad muscular.
- Ejercicios de coordinación con material didáctico.
- Juegos de animación en grupo.
- Ejercicios psicomotrices:
 - Lateralidad.
 - Coordinación.
 - Orientación.
 - Ritmo.
- Soltura y relajación muscular.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente adquiere / recobra su máxima capacidad de movilización.
- El paciente lleva a cabo las actividades de la vida diaria sin un esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.
- El paciente participa en actividades recreativas y físicas de la Unidad.
- El paciente practica los ejercicios de fortalecimiento muscular y de movilización.
- El paciente realiza actividades recreativas adecuadas a su edad y situación.
- El paciente muestra interés por informarse de los recursos comunitarios disponibles para su ejercicio físico.

7.6 HIGIENE E IMAGEN PERSONAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades destinadas a que el paciente integre en su comportamiento actividades adaptadas de higiene, aseo personal, acicalamiento, adquisición de habilidades para su desarrollo y mantenimiento de los recursos y útiles necesarios.

OBJETIVOS GENERALES

- Adquirir hábitos de aseo personal (ducha, higiene bucodental, cuidado de la piel, uñas, cabello, afeitado, acicalamiento, etc.).
- Fomentar la expresión de comodidad y satisfacción con el aseo, la limpieza e imagen personal.

UBICACIÓN

Lugar: Baño, habitación, baño asistido.

Horario: Al levantarse (8'30 – 11), antes y después de las comidas. Cuando los espacios programados lo requieran.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Auxiliar de Enfermería y Celador, en coordinación y con el apoyo de la enfermera si procede.

PERFIL DEL USUARIO

Todo paciente con diagnóstico NANDA de:

- 1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral.
- 6.5.2 Déficit de autocuidado: baño / higiene.
- 6.5.4 Déficit de autocuidado: uso del w.c.
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento.
- 8.1.1 Déficit de conocimientos (especificar).
- 7.1.2 Trastorno de la autoestima.
- 7.1.1 Trastorno de la imagen corporal.

ACTIVIDADES

- Informar al paciente de su asignación al programa, tratamiento y espacios en que se desarrolla y objetivos a alcanzar.
- Se asegurará la intimidad del paciente y se velará por su seguridad.
- Se garantizará la disponibilidad del material necesario.
- Se garantizará el cepillado dental antes de acostarse.
- Fomentar el lavado de manos antes y después de las comidas y después del uso del w.c.
- Higiene de las uñas, afeitado y otras actividades de acicalamiento.
- En pacientes autónomos, ducha en días alternos, supervisando la correcta higiene.
- Pacientes dependientes: aseo completo diario.
- Favorecer el uso de cremas para el cuidado de la piel.
- Cambio de ropa sucia diario y cuando se precise.
- Recogida de la ropa sucia en el lugar asignado.
- Revisión de pañal dos veces por turno y cambiarlo cuando se precise.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente se ducha correctamente cada dos días.
- El paciente sabe lavarse el cabello correctamente.
- El paciente realiza lavado de manos e higiene bucodental.
- El paciente se compromete a mantener su higiene personal.
- El paciente verbaliza satisfacción con la higiene, aseo personal y uso de ropa limpia.

7.7 INTERACCIÓN SOCIAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a que el paciente consiga participar en un intercambio social suficiente y adecuado, evitando el aislamiento y la soledad.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar habilidades y actitudes de los pacientes en su intercambio social.
- Favorecer la consecución de conductas socialmente aceptables.

UBICACIÓN

Lugar: Sala de usos múltiples.

Horario: 12 – 13 h. (martes y jueves)

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

PERFIL DEL USUARIO

- Verbalización de malestar en las situaciones sociales.
- Empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con compañeros, familia, amigos.
- Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.
- Ausencia de personas significativas de soporte (familia, amigos, grupo, etc.)
- Tristeza, embotamiento emocional, mutismo, retraimiento, apatía, falta de contacto ocular.
- Hostilidad verbal y en la conducta.
- Búsqueda de la soledad.
- Expresión de sentimientos de rechazo.
- Inseguridad en público.
- Negativa o incapacidad para hablar.

- Dificultad para expresar verbalmente los pensamientos.
- Verbalización inapropiada.

ACTIVIDADES

- Reuniones y coloquios sobre temas de interés manifestado.
- Expresar opiniones sobre asuntos sociales y / o acontecimientos ocurridos en la Unidad.
- Invitación a la participación en juegos y actividades compartidas.
- Ocio y tiempo libre.
- Aconsejar la asistencia a terapias si se considera necesario.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente se relaciona por iniciativa propia con otros pacientes y personal de la planta.
- El paciente busca compañía y solicita ayuda en caso de necesidad.
- El paciente propone actividades a otros pacientes y disfruta con las mismas.

7.8 VISITAS FAMILIARES

1. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que el paciente participe en un intercambio familiar y social suficiente y adecuado.

2. OBJETIVOS

- Favorecer la interacción de los pacientes con sus familias y amigos.
- Mejorar actitudes de los pacientes en su intercambio familiar y social.
- Observar y detectar las situaciones problema / conflicto entre las relaciones del paciente y su familia.
- Detectar el grado de implicación de la familia y amigos en sus relaciones de ayuda con el paciente y su entorno.

3. UBICACIÓN

Sala de actividades y comedor

Habitación: Sólo podrán permanecer las visitas en la habitación, de aquellos pacientes que por su gravedad o discapacidad no puedan ir a la sala de actividades.

Horario: Todos los días de 15,30 h. á 17,30 h.

4. PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, celador y auxiliar de enfermería

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes ingresados en la Unidad y que reciban las visitas de familiares, amigos, etc. y que no las tengan prohibidas por recomendaciones terapéuticas.

6. ACTIVIDADES

- El celador de la Unidad controlará los pases de visitas (máximo 2 por paciente simultáneamente), indicándoles la sala de actividades y comedor, donde deberán permanecer el tiempo que dure la visita.
- El espacio de la merienda se realizará a las 17 h. dentro del horario de visitas y en las salas del comedor y actividades conjuntamente.
- Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad.
- Transmitir la comprensión de la situación y de su impacto sobre la estructura familiar sin emitir juicios de valor respecto a ella.
- Asegurar la confidencialidad de la información.
- Crear un ambiente tranquilo y relajado que facilite la comunicación entre el paciente y su familia.
- Evitar en todo momento las acusaciones y confrontaciones entre el paciente y su familia.
- Estimular la expresión de sentimientos, ideas, emociones, etc...
- Reconocer la frustración que en muchas ocasiones se asocia al papel de cuidador / familia.

- Fomentar y estimular la asistencia a los recursos sociales de su entorno, tras el alta hospitalaria.

7. CRITERIOS DE ALTA

El alta del programa coincidirá con el alta hospitalaria.

7.9 NUTRICIÓN

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a conseguir que un paciente, logre un estado nutricional adecuado y normalizar su conducta alimentaria.

Se excluyen de este programa los Trastornos de Conducta Alimentaria porque ya disponen de un abordaje específico y especializado.

OBJETIVOS GENERALES

- Proporcionar un estado nutricional adecuado.
- Normalizar la conducta alimentaria y hábitos dietéticos.

UBICACIÓN

Lugar: Comedor (salvo excepciones relacionadas con el estado del paciente) – sala de grupos.

Horario:

9 – 9'30 h. Desayuno

13 – 14 h. Comida

17 – 17'30 h. Merienda

20 – 21 h. Cena

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Celador, auxiliar de enfermería y enfermera.

PERFIL DEL USUARIO

- Peso superior al 10 % para el ideal de su edad, talla y constitución corporal.

Índice de Masa Corporal:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso Kg.}}{(\text{Talla m.})^2}$$

- Patrones alimentarios disfuncionales:
- Horarios inadecuados.
- Comer como respuesta a la ansiedad.
- Peso inferior a un 20 % para su peso ideal.
- Aportes de nutrientes inferiores a lo recomendado.
- Aversión a comer.
- Problemas de deglución.
- Falta de alimentos y / o incapacidad para proporcionárselos.
- Falta de interés en los alimentos.
- Pacientes en edad extrema, encamados, con sujeción mecánica.
- Diarreas.
- Dificultad para llevarse la alimentación desde el recipiente hasta la boca.
- Dificultad para llevar los alimentos sólidos y líquidos desde la cavidad bucal a estómago.

Pacientes con los siguientes diagnósticos NANDA formulados por las Enfermeras:

- 1.1.2.1 Alteración de la nutrición por exceso
- 1.1.2.2 Alteración de la nutrición por defecto
- 1.1.2.3 Riesgo de alteración de la nutrición por exceso
- 6.5.1 Déficit de autocuidado: alimentación
- 6.5.1.1 Deterioro de la deglución

ACTIVIDADES

- Planificar una dieta adecuada a las necesidades nutricionales del paciente.
- Indicar horarios adecuados, adaptándolos al estilo de vida y actividades del paciente.
- Dietas acordes a las dificultades que presenten (dietas blandas, trituradas, etc.).
- Suplir la dificultad de pacientes para llevarse a la boca los alimentos.
- Observación en casos necesarios:
 - Riesgo de atragantamiento.
 - Conductas de disimulación.
- Seguimiento y control de peso y estado nutricional.
- Educación dietética o en nutrición.
- Adecuar una nutrición equilibrada que estimule al paciente inapetente (escoger alimentos de su preferencia, recetas apetecibles, etc.).
- Dirigir al paciente a recursos comunitarios que puedan suplir su falta de alimentos.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente se aproxima al peso adecuado para su edad, sexo, talla y constitución corporal.
- El paciente consigue un equilibrio nutricional adecuado.
- El paciente adquiere pautas de alimentación normalizadas.

7.10 HIGIENE DEL SUEÑO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar a todos los pacientes la posibilidad de recuperar su patrón habitual de sueño siendo éste reparador.

OBJETIVOS GENERALES

- Conseguir que el paciente tenga un sueño reparador (calidad sueño / vigilia).
- Que el ciclo sueño / vigilia sea adecuado a sus necesidades.

UBICACIÓN

Lugar: La totalidad de la Unidad.

Horario: Durante las 24 h.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

PERFIL DEL USUARIO

Pacientes con los siguientes diagnósticos NANDA formulados por las Enfermeras:

- 6.2.1 Alteración del patrón del sueño

ACTIVIDADES

Turno de noche:

- Condiciones ambientales y del entorno:
- Disminuir ruidos y luces de 24 a 8 h.
- Visualizar al paciente sin interrumpir su sueño.
- Valorar contención con barandilla o cinturón, en pacientes con riesgo de caídas.
- Apagar televisión y música a las 24 h. supervisando y respetando la programación si fuese necesario.
- A partir de las 24 h. mantener un volumen bajo en nuestras conversaciones.

- Medidas personalizadas de comodidad, espacio propio favorecedor (ropa de la cama, por ejemplo).
- Mantener la temperatura óptima entre 20 y 22 °.
- A partir de las 24 h. no se permitirá fumar en ningún lugar de la Unidad, con excepciones en los lugares adecuados.
- Intervenciones inductivas del sueño:
- Administración de fármacos prescritos para este fin
- Proporcionar infusiones o líquidos calientes.
- Permitir y supervisar hábitos previos al sueño (higiene bucal, higiene general, eliminación, cremas, etc.)
- Fomentar la práctica de medidas de relajación aprendidas en el programa de relajación. (por desarrollar).
- Música que favorezca la relajación a nivel individual.
- Asegurarnos que no tenga molestias físicas que le impidan el dormir.
- Garantizar un entorno de seguridad, facilitándoles el sistema de llamada y manifestando nuestra presencia continua.
- Proporcionar un espacio alternativo a la habitación siempre que, una vez usadas todas las estrategias anteriores, no haya conciliado el sueño.
- Minimizar y agrupar las intervenciones necesarias durante la noche.
- En los casos de sonambulismo o terrores se le tranquilizará y redirigirá a la cama.
- No iniciar actividad hasta las 8 h. de la mañana

Turno de mañana:

- Poner en marcha el programa de despertar.
- Estimular y favorecer que realice actividades durante la mañana para asegurar la vigilia y se vigilará mediante contactos programados dependiendo de cada paciente.
- El paciente con historia de hipersomnolencia, vigilar sobre todo la franja horaria comprendida entre las 13'30 h. a las 15'30 h. para evitar siestas.

- En pacientes con hábitos de siesta permitirla durante un tiempo no superior a 60 – 90 minutos.
- Estimular al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad y/o miedo y proporcionarle medios para enfrentarse a ellos.

Turno de tarde:

- Reincidir y continuar con el programa de despertar.
- Intentar el uso de la cama sólo para dormir evitando el uso para otras actividades (lectura, comida, etc.).
- Evitar una cena copiosa.
- Practicar técnicas de relajación en el programa establecido para este fin.
- Tras la cena, favorecer y estimular a que el paciente exprese sus miedos o ansiedades en una puesta en común.

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente verbalizará haber tenido un sueño satisfactorio / reparador.
- El paciente recuperará el ritmo sueño – vigilia.

7.11 MANTENIMIENTO DE LAS PERTENENCIAS

DEFINICIÓN

Conjunto de acciones encaminadas a favorecer el cuidado, mantenimiento, uso y almacenaje correctos de las pertenencias de los pacientes.

OBJETIVOS GENERALES

- Favorecer que los pacientes recuperen o mejoren sus capacidades para hacerse responsables del cuidado, mantenimiento y uso de sus pertenencias.

UBICACIÓN

Lugar: La totalidad de la Unidad.

Horario: Durante las 24 h.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Enfermera, auxiliar de enfermería y celador.

PERFIL DEL USUARIO

- Todos los pacientes ingresados en la Unidad.

ACTIVIDADES

- Estimular limpieza y orden en la mesilla, cama y baño.
- Solicitar a los profesionales de turno el equipo necesario (toallas, pijama, papel w.c., etc.) en el horario establecido.
- Propiciar mantenimiento y uso correcto de los enseres que recibe.
- Fomentar el respeto a las pertenencias y espacios de otros pacientes (invasión de habitación, cama, etc.).

CRITERIOS DE ALTA

- El paciente conoce e identifica los útiles del neceser, ropa, calzado, reposición de la habitación y complementos.
- El paciente conserva y mantiene ordenadas sus pertenencias.

7.12 LECTURA DE PRENSA

1. DEFINICION

Actividades de contacto con la realidad sociocultural e informativa, de su entorno más inmediato. Tiene carácter lúdico y distendido.

2. OBJETIVOS

- Conseguir que el periodo de ingreso en ésta Unidad no suponga para los pacientes un aislamiento social.
- Fomentar el interés por el mundo que nos rodea (información y contacto)
- Fomentar un hábito de vida normalizada (destreza y ocio)
- Fomentar el manejo del lenguaje (actividad cognitiva)
- Aumentar la capacidad de concentración de la persona (actividad cognitiva)

3. UBICACIÓN

Sala de Actividades

Horario: Lunes, miércoles y viernes de 12 h. A 12,45 h.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Auxiliar, Celador y Enfermera si se precisa.

4. PERFIL DEL USUARIO

Todos los pacientes que ingresen en la Unidad, salvo aquellos que por su conducta o sintomatología no puedan tolerar el programa.

5. ACTIVIDADES

- Elección de periódicos y noticias por parte del equipo de Enfermería
- Determinación de la persona lectora, bien sea algún paciente o algún miembro del equipo.
- Se analizará dónde aparece la fecha y los titulares.
- Se preguntará por las noticias que cada uno ha considerado más importantes.
- Invitar a que sean ellos los que comenten las noticias.
- Preguntar preferencias de cada uno (separar el periódico: actualidad, deportes, espectáculos, sociedad, opinión, etc.)

6. CRITERIOS DE ALTA

El alta del programa coincidirá con el alta hospitalaria.

7.13 CONTENCIÓN PSÍQUICA

1. DEFINICIÓN

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para moderar conductas y estados del paciente de los que pueden derivar dificultades de relación consigo mismo y con los demás, de control de sus vivencias en general.

2. OBJETIVOS

- El paciente controlará su conducta.
- No utilizará conductas violentas en relación consigo mismo y con los demás.
- Reducirá la ansiedad / angustia del paciente, del resto de los pacientes de la Unidad y de los profesionales de la misma.

3. UBICACIÓN

Se considera la totalidad de la Unidad como lugar para la realización del programa de contención psíquica. Horario: En el momento que se requiera.

PROFESIONAL QUE LO REALIZA

Todos los profesionales intervienen en el programa de contención psíquica en cualquiera de los niveles de actuación.

4. PERFIL DEL USUARIO

Todo paciente diagnosticado por la enfermera de :

- Temor.
- Ansiedad.
- Alteración de los procesos del pensamiento.
- Riesgo de violencia: lesiones a otros.
- Riesgo de violencia: autolesiones.
- Riesgo de violencia: automutilaciones.

5. ACTIVIDADES

Incluye desde el acompañamiento a la contención mecánica.

A) Promover las relaciones que aumenten la sensación de confianza del individuo:

- Reconocer los sentimientos del individuo: "está pasando un mal momento", "puedo hacer algo por usted", "puedo ver que está enfadado", "no le dejaremos hacer nada destructivo"...etc...
- Ofrecer la paciente elecciones y opciones : puede ser necesario concederle alguna exigencia para evitar la lucha de poder.
- Favorecer la expresión verbal de la ira en lugar de actuar, ofrecer alternativas de pasear, por ejemplo.
- No invadir el espacio personal.
- Ser conscientes de los propios sentimientos y reacciones.
- No tomar de forma personal el abuso verbal y expresar los sentimientos después de una situación de amenaza al resto del personal.

B) Iniciar el control inmediato de la persona de alto riesgo:

- Aumentar el espacio personal, no tocarlo y evitar verse acorralado por el paciente.
- No acercarse solo al paciente, hacerlo tres o cuatro miembros del equipo.
- Fijar límites, órdenes sencillas y comprensibles.
- Al acercarse al paciente hacerlo de forma tranquila, confiada, sin comunicar la propia ansiedad o temor.
- Si el paciente tiene un objeto potencialmente peligroso no intentar cogerlo, dar instrucciones para que lo suelte.

C) Establecer un medio ambiente que reduzca la agitación:

- Disminuir el nivel de ruidos.
- Hablar con mensajes firmes, cortos ("Baja esa silla") y concretos.
- Evitar la oscuridad, puede aumentar la desorientación y favorecer la sospecha.

- Favorecer el contacto visual (puerta entreabierta), y de presencia, observarlo cada 15 ó 30 minutos.

D) Ayudar al individuo a mantener el control sobre su conducta.

- Crear la expectativa de que el propio paciente puede controlarse y hacer un refuerzo positivo del logro.

6. CRITERIOS DE ALTA

Cuando valoremos que responde de forma satisfactoria a los objetivos planteados en el programa.

7.14 OCIO Y TIEMPO LIBRE

1. DEFINICIÓN

Es la utilización del tiempo libre en la Unidad colaborando a la consecución de los objetivos personales de los pacientes derivados al programa.

2. OBJETIVOS

- El paciente manifestará su satisfacción y capacidad de insertarse en las actividades recreativas que le oferta la Unidad.
- El paciente reconocerá el carácter socializador de las actividades.

3. UBICACIÓN

Sala de actividades

Horario: Todos los días de 18,30 h. á 20,- h. Interrumpido solamente por el programa de Ejercicio Físico y movilidad.

PROFESIONALES QUE LO REALIZAN

Todo el equipo de Enfermería de la Unidad.

4. PERFIL DEL USUARIO

En general todos los pacientes de la Unidad, y especialmente a los pacientes diagnosticados por la Enfermera de:

- Intolerancia a la actividad.

- Déficit de actividades recreativas.
- Aislamiento social.
- Afrontamiento individual inefectivo.

5. ACTIVIDADES

La elección de la actividad a realizar se hará con relación a tres criterios:

- Gustos o sugerencias.
- Diagnósticos de Enfermería.
- Simpatías personales.

Material necesario: Barajas, ajedrez, juego de parchís, puzzles, pinturas, dominós y damas.

Informar sobre el momento de las actividades y animar a los pacientes a pasar a la sala de juegos.

Distribución y localización en la sala según la valoración del personal de Enfermería

Explicar reglas del juego.

Participar activamente como guía y motivación para los pacientes.

Supervisión y recogida y/o corregirá conductas durante las actividades.

Al finalizar se animará al paciente a la recogida del material.

Evitar en lo posible el uso de la televisión como fuente principal de ocio.

6. CRITERIOS DE ALTA

Se efectuará el alta del programa cuando coincida con el Alta hospitalaria.

ANEXO 7

CRITERIOS DE RESULTADOS DE ELECCIÓN COMO RESULTADOS ESPERADOS DE LAS INTERVENCIONES DERIVADAS DE LOS PLANES DE CUIDADOS

- 8.0 Introducción.
- 8.1 Percepción / mantenimiento de la salud.
- 8.2 Nutricional / metabólico.
- 8.3 Eliminación.
- 8.4 Actividad y ejercicio.
- 8.5 Sueño / descanso.
- 8.6 Cognitivo / perceptivo.
- 8.7 Autopercepción / Autoconcepto.
- 8.8 Rol / relaciones.
- 8.9 Sexualidad / reproducción.
- 8.10 Alteración / tolerancia al estrés.
- 8.11 Valores / creencias.
- 8.12 Criterios de resultados de elección de planes de cuidados.

ANEXO 7

8.0 INTRODUCCIÓN

En las páginas que siguen, se ha pretendido de manera preliminar, es decir, para arrancar con herramientas básicas que permitan un desarrollo posterior sobre la revisión de la adaptación de estos instrumentos a las prácticas, aislar objetivos a conseguir por los pacientes (criterios de resultados o resultados esperados), mediante el apoyo de la intervención de los profesionales guiados por una serie de planes de cuidados disponibles.

Se han agrupado estos resultados por patrones funcionales y deben enunciarse tras las fases de valoración de necesidades y su formulación diagnóstica. Posteriormente cada paciente es asignado a un número de planes de cuidados que en muchos casos pretenden conseguir uno o varios objetivos idénticos o similares, desde diferentes intervenciones. Es decir, un resultado esperado tras la formulación de un diagnóstico puede trabajarse desde distintos planes sin que esto no signifique sino el refuerzo del aprendizaje y la generalización del mismo ya que el paciente va a verse emplazado a su consecución desde diferentes encuadres y/o planteamientos.

Hay en el actual desarrollo bastantes lagunas y algunas formulaciones dudosas que debemos corregir con la acción y evaluación.

Se ve claramente que puede operarse desde las necesidades más habituales que tienen los pacientes en su vida y que una vez detectadas (valoración) y formuladas (diagnósticos NANDA) pueden trabajarse simultáneamente desde diferentes encuadres sin por ello pensar en que nos repetimos. O sea, un mismo diagnóstico puede trabajarse desde la derivación a varios planes de cuidados y que planes de cuidados diferentes pueden perseguir idénticos objetivos aunque ya hemos dicho, abordados simultáneamente desde encuadres situacionales distintos

Hemos ordenado propuestas de objetivos siguiendo los patrones funcionales de salud, la enfermera puede seleccionar algunos de los objetivos que se proponen o incluir nuevos. Como puede verse, algunos objetivos (criterios de resultado) están pensados para unidades de internamiento, otros no, pero en todo caso son sugerentes a la hora de proponérselos al paciente y / o su familia cualquiera que sea el ámbito en que se encuentren.

8.1 Percepción / mantenimiento de la salud

Acepta el tratamiento y se responsabiliza de la toma de la medicación.

Acude a un número aceptable de compromisos.

Asume la necesidad de pedir ayuda cuando ve desbordada su capacidad de autocontrol.

Conoce los efectos secundarios de la medicación y establece un balance positivo.

Conoce la enfermedad.

Conoce las áreas donde necesita ayuda.

Disminuye / deja la ingesta de alcohol, cafeína, nicotina.

Disminuyen la ansiedad, el temor y el riesgo de violencia.

El paciente no sufre lesiones por su adaptación al periodo de internamiento y a sus condiciones ambientales.

Identifica efectos secundarios de la medicación.

Identifica el trabajo de los profesionales que le ayudan a conseguir sus objetivos.

Identifica señales de alarma e informa al equipo.

Identifica recursos comunitarios necesarios para mantener su salud.

Identifica recursos personales de que dispone para mantener la salud.

La familia conoce el tratamiento.

La familia conoce los distintos recursos sociosanitarios que pueda utilizar el paciente.

Manifiesta acuerdo con el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Mantiene / adquiere un perfil sanguíneo normal en sus condiciones.

No ingiere medicamentos no prescritos.

No se intoxica con productos potencialmente peligrosos.

No sufre desnutrición.

Sabe utilizar los recursos comunitarios que precise.

Se compromete a pedir ayuda cuando lo necesite.

Se detecta y pone en marcha el sistema de derivación a la UCE si desborda la capacidad de contención del equipo.

Verbaliza los motivos de su estancia/asistencia en la UCE, UME, CD, HD o ULE.

Verbaliza la importancia de colaborar con las prescripciones terapéuticas.

Verbaliza su intención de solicitar ayuda cuando lo necesite.

8.2 Nutricional / metabólico

Cumple horarios y normas autónomamente.

El paciente conoce su estado nutricional a la entrada en la unidad (UCE, UME, etc.).

El paciente mejora su peso con relación a su edad, sexo, talla y constitución.

Identifica recursos comunitarios necesarios para mantener su salud (Odontólogo).

Identifica recursos personales de que dispone para mantener su salud (bucodental).

Mantiene equilibrio nutricional adecuado durante su estancia en la unidad.

Mantiene conductas socialmente aceptables.

Mantiene una nutrición adecuada a su estado bucodental.

Mejora sus conocimientos para elaborar menús adecuados a sus necesidades.

Permanece más tiempo en el comedor.

Sigue pautas de nutrición normalizadas.

Usa adecuadamente utensilios.

Verbaliza beneficios de una dieta correcta.

8.3 Eliminación

Acepta el tratamiento y se responsabiliza en la toma de la medicación. (Hace uso adecuado de laxantes).

Adquiere / recobra su capacidad de movilización.

Expresa deseo de inscribirse en alguna actividad comunitaria pertinente a sus posibilidades.

Identifica efectos secundarios.

Identifica recursos personales de que dispone para mantener su salud (dieta, líquidos, ejercicio, rutinas, disminuye uso de laxantes, etc.).

Mantiene una nutrición adecuada a su problema de diarrea.

Mantiene una nutrición adecuada a su problema de estreñimiento.

Participa en las actividades recreativas y físicas de la unidad / comunitarios.

Sabe utilizar los recursos comunitarios que precise.

8.4 Actividad y ejercicio

Adquiere o recupera habilidades requeridas para el mantenimiento del entorno. (Váter).

Adquiere o recupera habilidades requeridas para el mantenimiento del entorno.

Adquiere / recobra su capacidad de movilización.

Cambia las sábanas siguiendo los criterios establecidos en la unidad / vivienda o cuando están sucias.

Conoce e identifica los útiles del neceser, ropa, calzado, reposición de la habitación y complementos.

Cumple horarios y normas autónomamente.

Expresa deseo de inscribirse en alguna actividad comunitaria pertinente a sus posibilidades.

Identifica efectos secundarios.

Mantiene su armario limpio y ordenado.

Mantiene un entorno (habitación y espacios comunes de la unidad / vivienda) limpios, ordenados, seguros y protectores. (Váter).

Mantiene un entorno (habitación y espacios comunes de la unidad / vivienda) limpios, ordenados, seguros y protectores.

Mantiene un entorno limpio y ordenado.

Mantiene un entorno / hogar seguro y protector.

Mantiene conductas socialmente aceptables.

Participa en las actividades recreativas y físicas de la unidad / comunitarias.

Permanece más tiempo en el comedor.

Realiza lavado de manos e higiene buco-dental.

Repone y ordena su equipamiento del que es responsable mientras esté ingresado en la unidad.

Se compromete a mantener su higiene personal; cuidado, uso pertinente y reposición de su ropa; usa recursos comunitarios.

Se ducha cada día.

Usa adecuadamente utensilios.

Verbaliza beneficios de una dieta correcta.

Verbaliza la importancia de ajustar sus gastos a las prioridades acordadas con el equipo.

Verbaliza satisfacción con la higiene, aseo personal y uso de ropa limpia.

Verbaliza su intención de solicitar ayuda cuando lo necesite.

8.5 Sueño / descanso

El paciente identifica factores que producen la alteración y utiliza estrategias para corregirlos.

El paciente se compromete a introducir en su vida los cambios pactados.

El paciente logra descanso ininterrumpido y reparador durante la noche.

El paciente verbaliza haber descansado satisfactoriamente.

8.6 Cognitivo / perceptivo.

Acude a un número aceptable de compromisos.

Adquiere orientación en el tiempo, espacio e identifica a las personas.

Aprende técnicas de comunicación y las pone en práctica.

Asume la necesidad de pedir ayuda cuando ve desbordada su capacidad de autocontrol.

Aumenta conocimientos en cada una de las áreas en las que presenta déficit:

Higiene e imagen personal

Adherencia al tratamiento

Ejercicio físico – movilidad

Mantenimiento de la salud

Nutrición

Mantenimiento del entorno

Mantenimiento de las pertenencias

Interacción social

Higiene del sueño

Disminuyen: ansiedad, temor y riesgo de violencia.

Está orientado en tiempo y lugar todo el día.

Estas alteraciones no interfieren en la realización de actividades diarias.

Identifica lo que le está ocurriendo como originado por su enfermedad.

Identifica los motivos de su ingreso

Identifica causas de su dificultad para iniciar y mantener relaciones.

Identifica correctamente los objetos, ruidos y personas del entorno

Maneja correctamente los horarios de la unidad.

Manifiesta acuerdo con el PIR.

Participa en un intercambio social efectivo.

Se reconoce a sí mismo y a las personas que le rodean (compañeros, profesionales, familia).

Se relaciona con personas del su entorno (familia, amigos).

Verbaliza los motivos de su estancia en la unidad o de asistencia a las citas con los profesionales.

Verbaliza compromiso con lo aprendido en cada una de las áreas en las que haya aumentado conocimientos.

Verbaliza una interpretación correcta del entorno y de los motivos de su ingreso y / o tratamiento.

8.7 Auto percepción / Autoconcepto.

Acude a un número aceptable de compromisos.

Adquirirá / recobrará /aumentará su capacidad de movilización.

Aprenderá técnicas de comunicación y las pondrá en práctica.

Asume la necesidad de pedir ayuda cuando ve desbordada su capacidad de autocontrol.

Destaca las capacidades restantes.

Disminuyen: ansiedad, temor y riesgo de violencia.

Disminuirá su nivel de ansiedad y verbalizará sentirse capaz de participar en las actividades que se le proponen.

Expresará deseo de inscribirse en alguna actividad comunitaria pertinente a sus posibilidades.

Hace crítica de las preocupaciones con relación a su aspecto físico.

Identificará causas de su dificultad para iniciar y mantener relaciones.

Manifiesta acuerdo con el PIR.

Participará en las actividades recreativas y físicas que se le propongan.

Participará en un intercambio social efectivo.

Se relacionará con personas del su entorno (familia, amigos).

Verbaliza los motivos de su estancia en la unidad.

Verbaliza satisfacción con la higiene, aseo personal, uso de ropa limpia y con su aspecto físico.

8.8. Rol / relaciones

Acepta el tratamiento y se responsabiliza en la toma de la medicación.

Adquiere o recupera habilidades requeridas para el mantenimiento del entorno.

Aprende técnicas de comunicación y las pone en práctica.

Cambia las sábanas siguiendo los criterios establecidos en la unidad / con la enfermera del CSM o cuando están sucias.

Conoce e identifica los útiles del neceser, ropa, calzado, reposición de la habitación y complementos.

Identifica efectos secundarios de la medicación.

Identifica causas de su dificultad para iniciar y mantener relaciones.

Mantiene su armario limpio y ordenado.

Mantiene un entorno (habitación y espacios comunes de la unidad / vivienda) limpios, ordenados, seguros y protectores.

No se intoxica con productos potencialmente peligrosos.

No sufre lesiones por adaptación a la unidad / ámbito comunitario y a sus condiciones ambientales.

No sufre situaciones de asfixia o aspiración.

Participa en un intercambio social efectivo.

Repone y ordena su equipamiento del que es responsable mientras esté ingresado en la unidad.

Sabe utilizar los recursos comunitarios que precise.

Se relaciona con personas de su entorno (familia, amigos).

Verbaliza la importancia de ajustar sus gastos a las prioridades acordadas con el equipo.

8.9 Sexualidad / reproducción

Aprende técnicas de comunicación y las pone en práctica.

Identifica causas de su dificultad para iniciar y mantener relaciones.

Participa en un intercambio social efectivo.

Adquiere conocimientos sobre prácticas seguras.

Realiza revisiones periódicas.

Verbaliza con su enfermera dificultades de relación en este nivel.

8.10 Alteración / tolerancia al estrés

Identifica situaciones habituales en que ve desbordada su capacidad de control de situaciones.

Reconoce y verbaliza situaciones estresantes.

Aumenta su capacidad de manejar el estrés.

Acude a un número aceptable de compromisos.

Asume la necesidad de pedir ayuda cuando ve desbordada su capacidad de autocontrol.

Disminuyen: ansiedad, temor y riesgo de violencia.

Manifiesta acuerdo con el PIR.

Verbaliza los motivos de por los que necesita seguir el tratamiento.

8.11 Valores / creencias

Identifica recursos personales de que dispone para mantener su salud.

Identifica recursos comunitarios necesarios para mantener su salud.

Conoce las áreas donde necesita ayuda.

Verbaliza su intención de solicitar ayuda cuando lo necesite.

Identifica los valores y creencias que influyen en su adhesión al programa terapéutico.

8. 12 CRITERIOS DE RESULTADOS DE ELECCIÓN DE PLANES DE CUIDADOS

PROGRAMA DE CUIDADOS: ACOGIDA DEL PACIENTE Y FAMILIA

- El paciente y su familia son informados y conocen el funcionamiento de la Unidad.
- El paciente y su familia sienten seguridad y confianza.

PROGRAMA DE CUIDADOS: DESPERTAR

- El paciente se reconoce a sí mismo y a su entorno.
- El paciente identifica los motivos por los que ha ingresado.
- El paciente se encuentra orientado durante las 24 h.
- El paciente maneja correctamente los horarios de la Unidad.
- El paciente acude a las actividades programadas sin necesidad de recordárselas.
- El paciente reconoce a las personas que le rodean (pacientes, familiares y profesionales).

PROGRAMA DE CUIDADOS: HIGIENE E IMAGEN PERSONAL

- El paciente se ducha correctamente cada dos días.
- El paciente sabe lavarse el cabello correctamente.
- El paciente realiza lavado de manos e higiene bucodental.
- El paciente se compromete a mantener su higiene personal.
- El paciente verbaliza satisfacción con la higiene, aseo personal y uso de ropa limpia.

PROGRAMA DE CUIDADOS: ALIMENTACIÓN

- El paciente cumple horarios y normas autónomamente.
- El paciente verbaliza los beneficios de llevar una dieta correcta.
- El paciente utiliza adecuadamente los utensilios.
- El paciente mantiene conductas socialmente aceptables.

PROGRAMA DE CUIDADOS: INTERACCIÓN SOCIAL

- El paciente se relaciona por iniciativa propia con otros pacientes y personal de la planta.
- El paciente busca compañía y solicita ayuda en caso de necesidad.
- El paciente propone actividades a otros pacientes y disfruta con las mismas.

PROGRAMA DE CUIDADOS: ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

- El paciente acepta el tratamiento y se responsabilizará de la toma de medicación
- El paciente identifica efectos secundarios.
- El paciente verbaliza balance positivo de mantener la continuidad del tratamiento.
- El paciente se compromete a solicitar ayuda utilizando los recursos comunitarios que precise tras el alta (CSM, Atención Primaria, servicios sociales y comunitarios).

PROGRAMA DE CUIDADOS: MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- El paciente no sufre lesiones por su adaptación a la Unidad y a sus condiciones ambientales.
- El paciente no padece situaciones de asfixia o aspiración.
- El paciente no se intoxica con productos potencialmente peligrosos.
- El paciente no ingiere medicamentos no prescritos.
- El paciente no sufre desnutrición.
- El paciente mantiene / adquiere un perfil sanguíneo normal en sus condiciones.
- El paciente disminuye / deja la ingesta de alcohol, cafeína, nicotina y otros tóxicos perjudiciales para su salud.
- El paciente identifica y/ o utiliza los recursos personales de que dispone para mantener su salud.
- El paciente conoce los recursos comunitarios necesarios para mantener su salud.
- El paciente determina las áreas específicas en las que necesita ayuda.
- El paciente adquiere destreza en la realización de las habilidades necesarias para el mantenimiento de su salud.
- El paciente expresa su intención de solicitar las ayudas externas que necesite.

PROGRAMA DE CUIDADOS: MANTENIMIENTO DE LAS PERTENENCIAS

- El paciente conoce e identifica los útiles del neceser, ropa, calzado, reposición de la habitación y complementos.
- El paciente conserva y mantiene ordenadas sus pertenencias.

PROGRAMA DE CUIDADOS: HIGIENE DEL SUEÑO

- El paciente verbaliza haber tenido un sueño satisfactorio / reparador.
- El paciente recupera el ritmo sueño – vigilia.

PROGRAMA DE CUIDADOS: EJERCICIO FÍSICO / MOVILIDAD

- El paciente adquiere / recobra su máxima capacidad de movilización.
- El paciente lleva a cabo las actividades de la vida diaria sin un esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.
- El paciente participa en actividades recreativas y físicas de la Unidad.
- El paciente practica los ejercicios de fortalecimiento muscular y de movilización.
- El paciente realiza actividades recreativas adecuadas a su edad y situación.
- El paciente muestra interés por informarse de los recursos comunitarios disponibles para su ejercicio físico.

PROGRAMA DE CUIDADOS: NUTRICIÓN

- El paciente se aproxima al peso adecuado para su edad, sexo, talla y constitución corporal.
- El paciente consigue un equilibrio nutricional adecuado.

El paciente adquiere pautas de alimentación normalizadas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA			
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS/ OBJETIVOS A CORTO PLAZO	FECHA / FIRMA



UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

Destinatario _____

1. Procedencia
2. Motivo de ingreso
3. Informe de enfermería de Salud Mental al ingreso: sí no
4. Diagnósticos de enfermería detectados en la Unidad
5. Cuidados aplicados en la Unidad
6. Objetivos cumplidos durante la hospitalización
7. Objetivos que requieren seguimiento
8. Fecha y firma

ANEXO 8

SÍNTESIS DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

9.1 Justificación del programa.

9.2 Cartera de servicios.

**9.3 Las estructuras físicas necesarias,
sus ratios y ubicación.**

9.4 Plantillas básicas y óptimas requeridas.

9.5 Elementos organizativos y de coordinación.

ANEXO 8

9.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El programa “Cuidados de Enfermería en la Red de Salud Mental” se encuentra dentro de los objetivos institucionales del Departamento, forma parte del catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario y de la Comunidad Autónoma, coincide su puesta a punto y aplicación con las necesidades sentidas y expresadas de la población atendida, responde a un importante problema de prevalencia y significa un abordaje imprescindible de los problemas de la población tributaria de cuidados en Salud Mental.

En particular, adquiere especial importancia en lo concerniente a la tendencia hacia la cronificación de grupos importantes de población. Los pacientes asignables a lo que actualmente se consideran trastornos mentales graves (TMG), presentan serios problemas de vida en su medio social de pertenencia y de cómo se resuelvan éstos va a dar o quitar credibilidad a los esfuerzos que la Administración viene desarrollando para la implantación de los programas de Salud Mental Comunitaria en el ámbito de la reforma psiquiátrica en curso.

9.2 CARTERA DE SERVICIOS

1.- GENERAL

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN: **Todos los dispositivos de Salud Mental**

C.S.M: Centro de Salud Mental Comunitario

U.C.E: Unidad de Corta Estancia (Hospitales Generales)

U.M.E: Unidad de Media Estancia

U.C.L: Unidad de Larga estancia

U. PS: Unidad de Psicogeriatría

C.D: Centro de Día

H.D: Hospital de Día

CATÁLOGO DE ACTIVIDADES:

- Valoración de necesidades de cuidados.
- Plan de Cuidados (P.C.): "Higiene e imagen personal".
- P.C: "Adherencia al tratamiento".
- P.C: "Alimentación".
- P.C: "Mantenimiento de la Salud".
- P.C: "Acompañamiento y contención".
- P.C: "Despertar".
- P.C: "Recepción del paciente".
- P.C: "Mantenimiento de las pertenencias".
- P.C: "Mantenimiento del entorno".
- P.C: "Interacción social".
- P.C: "Contención mecánica / restricción de movimientos" (Específico de U.C.E).
- P.C: "Ejercicio físico – movilidad".
- P.C: "Orientación en la realidad".
- P.C: "Prevención de lesiones".
- P.C: "Mantenimiento del hogar".
- P.C: "Consulta de acogida" (Específico de C.S.M. / C.D. / H.D.).
- P.C: "Consulta de seguimiento" (Específico de C.S.M.).
- Valoración de necesidades del núcleo familiar.
- Seguidos telefónicos (Específico de C.S.M. / C.D. / H.D.).
- Protocolos específicos de tratamientos farmacológicos y TEC (depots, Litio, Leponex, etc.).
- Técnicas básicas de enfermería. Aplicación de tratamientos. Técnicas diagnósticas y pruebas complementarias. Actividades logísticas (derivaciones, interconsultas, seguimientos en otros servicios, registros administrativos, etc.).
- Grupos de mejora de la capacidad de cuidados y autoayuda para familias.

- Seguimientos de Trastornos de Conducta Alimentaria (T.C.A.) (Específico en C.S.M.).
- Técnicas de relajación.
- Atención y seguimiento modalidad de disponibilidad no programada (Específico de C.S.M.).
- Informe al Alta de Enfermería.

2.- ESPECÍFICAS

ÁMBITO DE ACTUACIÓN:

Unidad de Salud Mental: Programa de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave (T.M.G.).

CATÁLOGO DE ACTIVIDADES

- Gestión de Cuidados (Asignación de Enfermera gestora del caso con T.M.G.).
- Formalización de la Agenda terapéutica.
- Supervisión con terapeuta de referencia (psiquiatra / psicólogo).

Garantiza básicamente:

- Atención a la crisis.
- Tratamiento y seguimiento de sintomatología y problemas conductuales.
- Rehabilitación de habilidades personales y sociales.
- Soporte relacional.
- Soporte domiciliario.
- Soporte a las familias.

CRITERIOS DE RESULTADO

- Alivio sintomático.
- Detección precoz de la crisis.
- Seguimiento en la U.C.E.
- Continuidad de la asistencia.

- Aumento de la autonomía personal.
- Favorecer integración social y familiar.
- Aumentar la autonomía personal y las limitaciones que comporta.
- Establecer vínculo terapéutico con la enfermera “gestora de cuidados”.
- Satisfacción del usuario y familia.

ÁMBITO DE ACTUACIÓN

U.C.E., U.M.E., U.L.E.: Programa de Rehabilitación del Trastorno Mental Grave (T.M.G.).

CATÁLOGO DE ACTIVIDADES

- La aplicación concreta del Programa de Rehabilitación en estos ámbitos, exige la adaptación de la “Agenda terapéutica” en tanto permanezca el paciente en estos servicios. Todos los programas enunciados para los ámbitos de actuación disponen de criterios de resultados.

9.3 LAS ESTRUCTURAS FÍSICAS NECESARIAS, SUS RATIOS Y UBICACIÓN.

Los cuidados de enfermería en la red de Salud Mental se ofertan de manera integral e integrada en el marco del equipo de profesionales. Su ubicación pasa desde el ámbito comunitario cuyas expresiones extremas podrían ser la visita domiciliaria o la coordinación con profesionales de atención primaria, hasta las largas estancias ubicadas en las unidades de rehabilitación en que se están transformando los actuales Hospitales Psiquiátricos. A los espacios físicos tales como el despacho que constituye la sede de los cuidados, debe añadirse la posibilidad de salas para grupos, relajación, enfermería como tal para actividades que van desde exploraciones físicas, estado nutricional, piel, mucosas, curas, técnicas de enfermería, hasta el apoyo administrativo, los materiales de administración y archivos, etc.

Cada unidad debe contar con un ordenador y línea telefónica. Debe considerarse que en las unidades de hospitalización la base operativa de la unidad es el espacio de enfermería y allí se producen toda serie de intercambios y coordinaciones con otros profesionales. Se gestionan todas las actividades derivadas de las necesidades de los pacientes, desde aspectos hosteleros hasta demandas de colaboración con

otros profesionales o servicios. Es la puerta de entrada al dispositivo de salud mental, se reciben visitas de familiares u otros, se da la "imagen" externa del servicio, etc. Todos estos requerimientos de la atención exigen la posibilidad de plantearse módulos de enfermería "estándar" que puedan ponerse en marcha diferenciando la peculiaridad de cada servicio: C.S.M. / U.C.E. / U.M.E. / U.L.E. / C.D. / H.D. / Psicogeriatría o Programa de Rehabilitación.

9.4 PLANTILLAS BÁSICAS Y ÓPTIMAS REQUERIDAS. TIPOLOGÍA Y PERFIL DE LOS PROFESIONALES.

Centro de Salud Mental (C.S.M.): 1 por cada 100.000 Habitantes (*).

Enfermeras (adultos)**	3 DUE / C.S.M.**
Enfermeras (programa de atención al trastorno mental grave T.M.G.)***	3 D.U.E / C.S.M.***)
Enfermeras (programa de atención infanto – juvenil)	1 – 2 D. U. E. / Equipo

*: (La propuesta que se establece sigue las recomendaciones comúnmente aceptadas para una población atendida de 100.000 hab. Esta situación no es fácilmente aplicable en nuestra Comunidad Autónoma. La mayoría de los C.S.M no disponen de esta población. Para una correcta dotación de Enfermeras / os debería poder estudiarse: la dispersión geográfica, el envejecimiento y la actividad que ofrecen las enfermeras (producto cartera y cobertura de servicios).

**En todo caso el mínimo de DUE en un C.S.M. para el programa de adultos consideramos que deben ser 2 profesionales y que es importante dotar de otro específicamente para el seguimiento del T.M G. (programa de rehabilitación en el C.S.M).

***(La prevalencia estimada de T.M.G. es de 0,6 % - a 0,9% que para la población aragonesa da una banda entre 7.200 – 10.800 personas con T.M.G. de las cuales un 15% necesitarían atención específica, es decir de 1.080 a 1.620 casos. No se recomienda más de 50 pacientes con T.M.G. en seguimiento comunitario por enfermera incluyendo la atención domiciliaria, lo que quiere decir que para un buen seguimiento del T.M.G. en la comunidad debería disponerse entre 21,8 y 32,4 (DUE para todo Aragón).

Centro de día (C.D.)

Enfermeras Centro de Día	2 / C.D.
Enfermeras Hospital de Día	2 / H.D.

Servicios de hospitalización.

1.- Unidades de psiquiatría en el Hospital General (U.C.E.)

Enfermeras (turnos diurnos)	1,5 D.U.E / 10 camas
Enfermeras (turnos de noche)	1 D.U.E. / 20 camas
Enfermeras (coordinación – gestión de cuidados)	1 D.U.E. / U.C.E.
Auxiliares (turnos diurnos)	1,5 / 10 camas
Auxiliares (turnos de noche)	1 – 1,5 / 20 camas
Profesionales de apoyo y contención (Ej: celadores con formación)	1 en cada turno, M-T-N

Unidades de media estancia (U.M.E.)

Enfermeras (turnos diurnos)	1,5 – 2 D.U.E. / 20 camas
Enfermeras (turnos de noche)	0,5 D.U.E. / U.M.E.
Enfermeras (coordinación - gestión de cuidados)	1 D.U.E. / U.M.E.
Auxiliares (turnos diurnos)	2,5 / 20 camas
Auxiliares (turnos de noche)	2 / 40 camas

Unidades de larga estancia (U.L.E.)

Enfermeras (turnos diurnos)	1 D.U.E. / 20 camas
Enfermeras (turnos de noche)	0,5 D.U.E. / 40 camas
Enfermeras (coordinación – gestión de cuidados)	1 D.U.E. / U.L.E.
Fisioterapia	0,5 fisioterapeuta / 40 c.
Auxiliares (turnos diurnos)	2 / 20 camas
Auxiliares (turnos de noche)	1 / 40 camas

Unidades de Psicogeriatría****

Enfermeras (turnos diurnos)	1,5 – 2 D.U.E. / 50 camas
Enfermeras (turnos de noche)	1 D.U.E. / Unidad de Psicogeriatría
Enfermeras (coordinación – gestión de cuidados)	1 D.U.E. / Unidad Psicogeriatría.
Fisioterapia	1 fisioterapeuta / Unidad
Auxiliares (turnos diurnos)	8 – 10 / 50 camas
Auxiliares (turnos de noche)	2 / 50 camas

****: (El referente de este tipo de unidades en Aragón lo constituyen las dos unidades de cuidados psicogeríatricos ubicados en el "Alto Carabinas" pertenecientes al H. Psiquiátrico Ntra. Sra. del Pilar. Unidad que en su totalidad comprende en torno a las 100 camas y cuyas cargas aumentan de manera notoria si dispone de camas de cuidados paliativos. La población asistida responde en la configuración actual a perfiles de alta dependencia con historia importante de frecuentación de servicios de psiquiatría a lo largo de toda su vida y con escaso o nulo soporte familiar alternativo. Unidad en la que los pacientes permanecen de por vida).

En lo concerniente a la tipología y perfil de los profesionales cabe destacar que la segunda especialidad de Enfermería reconocida en España tras la de Matronas, es la de Salud Mental. La DGA cuenta con una Unidad Docente Acreditada para la formación por el sistema de residencias en la que se están formando a lo largo de 2001/2002 dos profesionales. Conviene facilitar la contratación de estos especialistas con la mayor brevedad cuando se vayan produciendo las próximas convocatorias, en todo caso, en tanto esto ocurre es importantísimo que cualquier plaza que se produzca vaya acompañada su contratación de la exigencia de experiencia contrastada en este campo, también en para los Auxiliares.

9.5 ELEMENTOS ORGANIZATIVOS Y DE COORDINACIÓN

La formalización de las actividades de Enfermería generalizables como oferta de cuidados de salud Mental exige una fase de implantación coordinada por la Dirección Regional, articulada por dispositivos de atención: Centros de Salud Mental, Programa de Rehabilitación para el T.M.G., Unidades de Corta Estancia de los Hospitales Generales, Unidades de Media Estancia, Unidades de Larga Estancia, Psicogeriatría y Centros de Día y Hospitales de Día. Esta fase está íntimamente unida a la programación de actividades de formación durante un período en el tiempo para adaptar las prácticas actuales de los profesionales a los requerimientos de la reforma coincidentes con las actuales demandas de la población aragonesa.

Esta fase reúne todos los requisitos de un programa de innovación y como tal creemos debe tratarse. Al final de este proceso, la Enfermería de Salud Mental (ATS / DUE y Auxiliares) estarían en condiciones de ofertar:

- Sistema de valoración de necesidades de cuidados.
- Un número de Planes de Cuidados que den respuesta a las necesidades más frecuentes de los pacientes asistidos y de sus familias.
- Criterios de Resultados de los mismos y documentación de Alta de cuidados o Derivación que acompaña al paciente cuando pasa de un dispositivo a otro.

Este conjunto de actividades constituye la Oferta Básica de Cuidados de Enfermería en la Red de Salud Mental complementando las intervenciones del resto de profesionales. Hemos planteado que debe fomentarse la función de coordinación o gestión de cuidados como figura que garantiza el funcionamiento habitual de los

equipos de Enfermería en una serie de servicios (UCE / UME / ULE / Psicogeriatría) estas funciones deberían perfilarse por su destacada importancia para profesionales especialistas en Salud Mental o con experiencia contrastada en tanto se generalice la contratación de Enfermeros especialistas en Salud Mental en la Red.

ANEXO 9

REGISTROS PARA LA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

10.1 Protocolo de valoración de enfermería.

10.2 Protocolo de recepción del paciente en la UCE de salud mental.



UNIDAD DE CORTA ESTANCIA

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Etiqueta de identificación

I VALORACIÓN GENERAL

NOMBRE _____ N°H° _____ FECHA _____
Frecuencia Cardíaca _____ x' T. Arterial _____/_____ mmHg. T° _____ ° C Frec. Resp. _____
Alergias _____ Antecedentes personales _____
Antecedentes familiares psiquiátricos _____
Diagnóstico médico actual _____
Otras alteraciones o datos de interés _____

II ASPECTO POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Conciencia de enfermedad:

Aceptación Rechazo Tolerancia Indiferencia Sobrevaloración Reivindicativa

Hábitos perjudiciales: Tabaco _____ Alcohol _____

Cafeína _____ Otras drogas _____

Nivel conciencia:

Bueno Confuso Efectos tratamiento _____

Función motora:

Buena Insegura Necesita ayuda especificar _____

Existencia de lesiones _____

Sentidos Corporales:

Vista _____ Oído _____ Tacto _____ Gusto _____ Olfato _____

Adherencia al tratamiento:

Autónomo Supervisión Abandono Conoce efectos secundarios

Observaciones _____

2. PATRÓN NUTRICIONAL / METABÓLICO

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. I.M.C. _____

Apetito: Normal Aumentado Disminuido N° comidas diarias _____

Náuseas Vómitos Observaciones _____

Pérdida de peso: Sí No Cantidad _____ Kg. Tiempo _____

Ingesta de líquidos y cantidad _____ Signos de deshidratación _____

Signos de aumento de líquidos (edemas) _____

Gustos _____ Rechazos _____

Restricciones: Sí No Tipo y motivo _____

Problemas de masticación _____ Prótesis Problemas de deglución _____

Actitud ante la comida _____

Observaciones _____

Sujeción mecánica: Sí No Lesiones cutáneas por presión _____

Observaciones _____

3 PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Eliminación intestinal:

Frecuencia _____ Características _____ Malestar _____

Incontinencia: Sí No Motivos _____

Uso de laxantes: Sí No

Eliminación vesical:

Frecuencia _____ Características _____ Malestar _____

Incontinencia: Sí No Motivos _____

Como lo soluciona: Pañal Sonda vesical Colector

Eliminación cutánea:

Sudoración normal Sudoración profusa

Observaciones _____

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Expresión facial: Adecuada Alerta Inexpresivo Hostil Inadecuada

Grado de autonomía Aspecto general:

Vestido / arreglo personal: Adecuado Extravagante Descuidado Meticuloso

Higiene frecuencia: Baño _____ Ducha _____ Cepillado dental _____

Grado de Autonomía: Autónomo Estímulo / Recuerdo Supervisión Ayuda total

Alimentación

Baño / higiene

Vestido

Uso del W. C.

Limitaciones para el movimiento: Dolores Obesidad Otros (especificar) _____

Modo de andar: Normal Acelerado Tambaleante Lento

Comportamiento motriz:

Normal Estereotipias Inhibición Agitación Temblores Incoordinación Rigidez

Características del comportamiento motor: Controlable Limitante Incapacitante

Sentimientos respecto a ello: Aceptación Indiferencia Alegre Preocupado

Oxigenación: Adecuada Cianosis Disnea Ortopnea

Otras alteraciones o datos de interés _____

Actividades que realiza: Manual Intelectual Social Satisfactoria: Sí no

Expectativas _____

5. PATRÓN SUEÑO / DESCANSO

Horas de sueño nocturno _____ Horas de sueño diurno _____ Satisfacción del sueño: Sí No

Problemas de sueño: Al inicio Interrumpido Despertar precoz Pesadillas Somnolencia excesiva

Historia anterior de insomnio / sueño _____

Factores que alteran el sueño: Orgánicos Psíquicos Ambientales

Ayudas: Farmacológicas _____ Rutinas _____

Observaciones _____

6. PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Somnoliento Confuso Apático Sólo sigue instrucciones

No responde a estímulos Hipervigilante Distraído Fluctuante

Orientación espacio / tiempo / persona:

Reconoce: Lugar donde se encuentra _____ Domicilio _____
Ciudad _____ País _____

Reconoce: Día y mes _____ Año _____ Estación _____

Reconoce: Personas significativas _____ Grado de relación _____

Reconoce: Quién es _____ Nombre completo _____ Edad _____ Fecha nacimiento _____

Alteraciones perceptivas: Auditivas tipo: _____ Visuales tipo: _____

Táctiles tipo: _____ Olfativas tipo: _____

Otras tipo: _____

Localización de la percepción: Interna tipo _____ Externa _____

Alteraciones de la memoria: Inmediata Reciente Remota Selectiva

Características de la alteración: _____

Inteligencia general: Adaptado al entorno: Sí No

Retrasos específicos del desarrollo _____

Retrasos generalizados _____

Tipo de ayuda requerida _____

Organización del pensamiento / lenguaje:

Contenido: Coherente y organizado Distorsionado Descripción de la alteración _____

Comportamiento adoptado frente al tema: Ritualista Defensivo Violento

Curso del pensamiento: Inhibición Aceleración Perseverancia Disgregación Incoherente

Expresión del lenguaje:

Velocidad: Rápido Lento Intermitente Cantidad: Normal Abundante Escaso

Volumen: Normal Alto Bajo Modulación: Tranquilo Alterado Hostil

Dolor: Sí No Tipo _____ Localización _____

Cómo lo trata habitualmente _____

Observaciones _____

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Autodescripción de sí mismo:

Valoración de sus capacidades y logros con: Normalidad Sobrevaloración Infravaloración

Exageración de errores y desgracias Infravaloración de éxitos

Autoevaluación general y competencia personal: Positiva Negativa

Sentimientos respecto a él mismo:

Inferioridad Superioridad Impotencia Miedo Ansiedad

Culpabilidad Inutilidad Tristeza Depresión Rabia

Otros _____

Comportamientos compensatorios _____

Percepción de exigencias o presiones:

Origen (personas) _____ Tipo (ámbito) _____

Interés / Desinterés por actividades recreativas _____

Ideas y / o intentos de autoagresión _____

Observaciones _____

8. PATRÓN ROL / RELACIONES

Estructura y rol familiar:

Vive solo Vive acompañado _____

Lugar que ocupa en la familia y rol desempeñado _____

Forma de adoptar decisiones en la familia _____

Reacción de la familia a la enfermedad / hospitalización:

Preocupación Desinterés Tranquilidad Culpa Apoyo Ansiedad

Persona más significativa _____ Principal confidente _____

Personas con que se relaciona a diario _____

Su relación es:

Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Tiempo que pasa sólo y por qué _____

Tiempo que pasa con amigos o compañeros _____

La percepción de la relación escolar / laboral es:

Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Otra alteraciones o datos de interés _____

9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

En una escala del 0 a 10 su actividad sexual es: Satisfactoria Insatisfactoria

Cambios, reales o percibidos, en las respuestas sexuales _____

Motivos o causas _____

Sentimientos frente a ellos: Ansiedad Miedo Culpabilidad Indiferencia

Problemas de diferenciación y/o identidad sexual _____

Sentimientos frente a ellos: Ansiedad Miedo Culpabilidad Otros _____

Sentimientos referidos a su ciclo biológico actual (adolescencia, adolescencia-menarquia, madurez, menopausia)

10. PATRÓN ALTERACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Estado de tensión/ansiedad: Generalizado _____ Temporal _____

Posibles desencadenantes:

Ideas/pensamientos (especificar) _____

Traumatismos previos (especificar) _____

Miedos/fobias (especificar) _____

Problemas laborales _____

Otros acontecimientos (especificar) _____

Sentimientos aparecidos:

Rabia Tristeza Frustración Impotencia Desesperanza Depresión

Otros (especificar) _____

Grado de incapacitación personal atribuida _____

Percepción de soporte:

Familiar Amigos Otros (especificar) _____

Estrategias de adaptación/control:

Somatizaciones Inhibición Hiperactividad Drogas/alcohol/tabaco (especificar) _____

Ingesta de alimentos Análisis del problema Compartirlo/comentarlo _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

11. PATRÓN VALORES / CREENCIAS

CREENCIAS y valores que desea sean considerados (especificar) _____

Deseos de realizar prácticas religiosas _____

Descripción de su escala de valores _____

**PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE
EN LA U.C.E DE SALUD MENTAL**

Servicio de Psiquiatría

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Persona de referencia: _____ Relación: _____ Tfno: _____

PROCEDENCIA

Urgencias Consultas externas _____ Programado CSM _____

INGRESOS PREVIOS EN ESTA UCE

No Sí Fecha del último ingreso: _____ Psiquiatra asignado: _____

INGRESOS PREVIOS EN OTRAS INSTITUCIONES

No Sí _ UCE _ UME _ ULE _ Otros _____

LLEGADA A LA UNIDAD

Solo Acompañado: _____

Aceptación del ingreso: Sí No _ orden judicial _ autorización judicial _ otros _____

Situación: Tranquilo Sedado Agitado Con contención mecánica: _ total _ parcial

MOTIVO DEL INGRESO

Referido por el paciente: _____

Otras fuentes: _____

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS: No Sí _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES CLÍNICOS DE INTERÉS:

Alergias: _____ Embarazo: _____ FUR: _____

TRATAMIENTO ACTUAL:

Cumplimentación: Sí No _____

HÁBITOS:

Tabaco Alcohol Otros _____

Drogas _____

PATRÓN DEL SUEÑO: Nocturno Diurno

Insomnio: No Sí. Tipo _____ Ttº farmacológico: _____

Hipersomnía: No Sí

NIVEL DE CONCIENCIA

Orientado Desorientado Consciente Estupor Confusión Inconsciente

MOVILIDAD

	Autónomo	Estímulo /supervisión	Ayuda parcial	Ayuda total
Deambulación				
Higiene / baño				
Alimentación				
Cumplir ttº				
Arreglo personal				

DOLOR Sí NoIntensidad: Leve Moderado Intenso Incapacitante

Localización: _____ Tipo: _____

ALIMENTACIÓN /NUTRICIÓN:Estado ponderal: Obesidad Normal Delgadez CaquexiaAlteraciones de la alimentación: Prótesis problemas de deglución problemas de masticación Rechazo OtrosDieta: Basal Triturada Odontológica Vegetariana Hipograsa sin azúcar Hipograsa con azúcar Otras: _____Estado de hidratación: Normal Riesgo de deshidratación Deshidratación**PIEL Y MUCOSAS** Integridad Solución de continuidad: _____ Otros: _____**ELIMINACIÓN:****Intestinal:** Normal Diarrea Estreñimiento Incontinencia: _____**Urinaria:** Normal Retención Nicturia Incontinencia: _____ Malestar _____**Sudoración:** Normal Profusa**OXIGENACIÓN:** Normal Hipoxia Precisa oxigenoterapia Precisa medidas posturales**ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS**

	Normal	Aumentado	Disminuido	Prótesis	Alteraciones Sensoperceptivas

COMUNICACIÓN Normal Dificultades: _____**OBSERVACIONES**

PROTOCOLO REALIZADO POR: _____ (enfermera/o de la UCE)**DÍA:** _____ **HORA:** _____

OTRAS ACTIVIDADES A REALIZAR POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA:

- Informar al paciente de la necesidad de una posterior entrevista con la enfermera / o, con el fin de realizar el protocolo de valoración completo.
- Informar a la familia y al paciente sobre el día y horario en que vendrán para la primera entrevista con el psiquiatra asignado.
- Informar y facilitar la documentación sobre las normas de la unidad a la familia.
- Informar y facilitar la documentación al paciente sobre sus derechos, deberes y funcionamiento de la unidad.
- Informar a la familia del paciente de los pasos a realizar para efectuar el ingreso.

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA CONSENSUADO POR LAS UNIDADES DE CORTA ESTANCIA DE LOS HOSPITALES GENERALES CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA" DE ZARAGOZA Y "SAN JORGE" DE HUESCA.

AUTORES:

(HOSPITAL GENERAL SAN JORGE. HUESCA)

- ELENA FIDALGO ABADÍAS
- M^a CARMEN MARCÉN SERAL
- ANA GARCÍA PARDOS
- M^a JESÚS RIVARÉS MORCATE
- JOSÉ CARLOS AZÓN BELARRE

(HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". ZARAGOZA)

- MARGA ESTEBAN ESCOLANO
- LUIS BENEDÍ SANZ

Todos miembros del "Proyecto de Calidad de Cuidados de Enfermería en la Red de Salud Mental de Aragón"

PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA: _____ PROCEDENCIA: _____ INGRESOS PREVIOS: Sí No

PSIQUIATRA: _____

MOTIVO DE INGRESO: _____

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS: _____

ANTECEDENTES CLÍNICOS: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

ALERGIAS: _____ OXIGENACIÓN: _____

ACEPTACIÓN DEL INGRESO: Sí No Orden judicial Autorización judicial Otros: _____

PERSONA DE REFERENCIA: _____ RELACIÓN: _____ TFNO: _____

1. PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Conciencia de enfermedad:

Sí, Actitud: Aceptación Rechazo Tolerancia Indiferencia Sobrevaloración Reivindicativa

No ¿Qué piensa que le pasa?: _____

Relaciona de los síntomas actuales con su enfermedad: Sí No

Desencadenantes objetivos / subjetivos del cuadro actual: _____

Reconocimiento de signos de alarma: _____

Actuación ante ellos: _____

Adherencia al tratamiento y cumplimiento de prescripciones en salud mental:

Conocimiento del tratamiento:

• Fármacos: _____

• Para qué los toma: _____

• Efectos secundarios: _____

• Cumplimentación del tratamiento: Autónomo Supervisión Abandono

Cumplimiento de citas con C.S.M u otros: Sí No

Hábitos:

Tabaco: _____ cig / día. Alcohol: _____ (gr. / día)

Drogas: _____ (cuáles). Otros: _____

¿Ha aumentado el consumo últimamente?: Sí No

Hábitos saludables: _____

Observaciones: _____

Diagnósticos:

5.2.1 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal

5.2.1.1 Incumplimiento del tratamiento (especificar)

6.4.2 Alteración en el mantenimiento de la salud.

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

Apetito: Normal Aumentado Disminuido

Cambios notados últimamente: _____

Con qué los relaciona: _____

Cambios ponderales: _____

Restricciones: Sí No Tipo y motivo: _____

Alteraciones observables en la alimentación / nutrición:

• Problemas de masticación: Sí No • Prótesis: Sí No

• Problemas de deglución: Sí No • Alteración del gusto: Sí No

• Náuseas: Sí No • Vómitos: Sí No

• Actitud ante la comida: _____

Ingesta de líquidos (cuáles y cuantos): _____

Alteraciones en piel y mucosas (especificar): _____

Observaciones: _____

Diagnósticos:

1.1.2.1 Alteración de la nutrición: por exceso

1.4.1.2.2.1 Déficit de volumen de líquidos.

1.6.2.1.1 Alteración de la membrana mucosa oral

1.4.1.2.2.2 Riesgo de déficit de volumen de líquidos

1.6.1.4 Riesgo de aspiración

1.6.2.1.2.1 Deterioro de la integridad cutánea

1.6.2.1.2.2 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Intestinal:

Frecuencia: _____ Características: _____ Malestar: _____

Incontinencia: No Sí Causa: _____

Uso de : Pañal Ostomía Otros (especificar): _____

Uso de laxantes: _____

Conocimientos higiénico dietéticos: _____

Urinaria:

Frecuencia: _____ Características: _____

Malestar: Escozor Tenesmo Dolor Otros: _____

Incontinencia: No Sí Causa: _____

Precisa uso de: Pañal Sonda vesical Otros dispositivos (especificar) _____

Nicturia: Sí No

Antecedentes de retención urinaria: Sí No

Sudoración: Normal Profusa

Observaciones: _____

Diagnósticos:

1.3.1.1 Estreñimiento 1.3.1.2 Diarrea 1.3.2 Alteración de la eliminación urinaria

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Vestido / arreglo personal: Adecuado Extravagante Descuidado Meticuloso

Frecuencia de la higiene:

☛ Baño / ducha: _____ ☛ Cepillado de dientes: _____ ☛ Lavado de manos: _____

Grado de autonomía en las AVD:

	Autónomo	Estímulo/recuerdo	Supervisión	Ayuda total
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baño /higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso del W.C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulaci3n	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado del entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comportamiento motriz:

Normal Esterotipias Inhibici3n Agitaci3n Temblor Incoordinaci3n Rigidez

Hipercinesia Acatisia Otros: _____

Limitaciones para el movimiento: No Dolores Obesidad Otros: _____

Modo de andar: Normal Acelerado Tambaleante Lento

Actividades que realiza adem1s de AVD: _____

Observaciones: _____

Diagn3sticos:

6.1.1.1 Deterioro de la movilidad f1sica

6.5.1 D1ficit de autocuidado: alimentaci3n

6.5.2 D1ficit de autocuidado: ba1o / higiene

8.2.1 S1ndrome de deterioro en la interpretaci3n del entorno

5. PATR3N SUE1O / DESCANSO

Satisfacci3n con el sue1o: S1 No

Horas de sue1o nocturno: _____ Horas de sue1o diurno: _____

Problemas:

Inicio Despertar precoz Pesadillas Somnolencia excesiva Sue1o interrumpido

Antecedentes de insomnio: _____

Ayudas: F1rmacos _____ Rutinas: _____

Alteraciones en el despertar: _____

Observaciones: _____

Diagn3sticos:

6.2.1 Alteraci3n del patr3n del sue1o

6. PATRON COGNITIVO / PERCEPTIVO

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

- Normal Somnoliento Confuso Apático Hipervigilante
 Distráido Sólo sigue instrucciones Fluctuante No responde a estímulos

Dificultad que esto supone en su vida cotidiana: _____

Alteraciones de la memoria: No Sí: _____

Alteraciones perceptivas: No Sí

Auditivas Visuales Cinestésicas Olfativas Gustativas Otras: _____

Dolor: No Sí Tipo: _____

Cómo lo trata habitualmente: _____

Organización del pensamiento / lenguaje:

Contenido del pensamiento: Coherente y organizado Distorsionado: _____

Curso del pensamiento: Normal Inhibido-identificado Acelerado-ideofugaz Perseverante

Prolijo Incoherente-disgregado Interrumpido-bloqueos Otros: _____

Uso del lenguaje: Normal Otros: _____

Dificultades de comunicación (sordera, mudez, idioma, deficiencia psíquica, laringectomía,...): _____

Orientación espacio / tiempo / persona:

Reconoce el lugar donde se encuentra: Domicilio Ciudad País

Reconoce Día y mes Año Estación

Reconoce Personas significativas Grado de relación

Reconoce Quién es Nombre completo Edad Fecha de nacimiento

Observaciones: _____

Diagnósticos:

7.2 Alteraciones sensorio-perceptivas (especificar) 2.1.1.1 Deterioro de la comunicación verbal

9.1.1 Dolor

8.2.1 Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

8.2.2 Confusión aguda

8.3 Alteración de los procesos de pensamiento

8.3.1 Deterioro de la memoria

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Autopercepción personal: Positiva Negativa _____

Profesión: _____ Grado de satisfacción: _____

Percepción de su imagen personal: _____

Sentimientos respecto a sí mismo:

Normalidad Inferioridad Superioridad Impotencia Miedo Ansiedad

Culpabilidad Inutilidad Tristeza Depresión Rabia Ambivalencia

Comportamientos compensatorios: _____

Interés / desinterés por actividades lúdico - recreativas: _____

Ideas y / o intentos de autolesión: No Sí _____

Observaciones: _____

Diagnósticos:

1.6.1 Riesgo de lesión

7.1.1.1 Trastorno de la imagen corporal

7.1.2 Trastorno de la autoestima

6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas

9.3.1 Ansiedad

8. PATRÓN ROL / RELACIONES

Estructura y rol familiar:

Vive solo Vive acompañado: _____

Lugar que ocupa en la familia y rol desempeñado: _____

Forma de adoptar las decisiones en la familia: _____

Actitud de la familia ante la enfermedad / hospitalización:

Preocupación Desinterés Tranquilidad Culpa Apoyo Ansiedad

Persona más significativa: _____

Principal confidente: _____

Personas con qué se relaciona a diario: _____

Su relación es: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Tiempo que pasa solo y por qué: _____

Tiempo que pasa con amigos o compañeros: _____

La percepción de su relación escolar / laboral es: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Observaciones: _____

9. **PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN**

Relaciones sexuales:

No Sí Satisfactorias No satisfactorias Pareja estable: Sí No

Utilización de métodos anticonceptivos: No Sí: _____

Medidas de prevención de ETS: _____

Dificultades para mantener relaciones sexuales: _____

Problemas de diferenciación y / o identidad sexual: _____

Sentimientos frente a ellos: Ansiedad Miedo Culpabilidad Otros: _____

Datos referidos a su ciclo biológico actual: _____

Historia de reproducción:

Abortos: _____ Hijos: _____ Fecundidad: _____

Observaciones: _____

Diagnósticos:

3.2.1.2.1 Disfunción sexual **8.1.1.** Déficit de conocimientos (especificar)

10. **PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Estado de tensión / ansiedad: No Generalizado Temporal

Expresión facial: Adecuada Alerta Inexpresivo Hostil No fija la mirada

Posibles desencadenantes de estrés:

Ideas / pensamientos: _____

Traumas previos: _____

Miedos / fobias: _____

Problemas laborales: _____

Otros acontecimientos: _____

Sentimientos aparecidos:

Rabia Tristeza Frustración Impotencia Desesperanza Depresión Otros _____

Percepción de soporte actual: Familiar Amigos Otros: _____

Estrategias de adaptación / control:

Somatizaciones Inhibición Hiperactividad Drogas / alcohol / tabaco: _____

Ingesta de alimentos Análisis del problema: compartirlo /comentarlo _____

Autoagresividad Heteroagresividad

Observaciones: _____

Diagnósticos:

9.2.2 Riesgo violencia: lesiones a otros

9.2.2.2 Riesgo violencia: autolesiones

11. **PATRÓN VALORES / CREENCIAS**

Descripción y valores que desea que sean considerados: _____

Deseos de realizar prácticas religiosas: _____

Descripción de su escala de valores: _____

Observaciones: _____

Diagnósticos:

4.1.1 Sufrimiento espiritual (sufrimiento del espíritu humano)

BIBLIOGRAFÍA

Grupo de trabajo: "Pla de serveis individualizat". Servei Català de la Salut. Barcelona, 1995

Grupo de trabajo: "Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos". Barcelona 1997

Grupo de trabajo: "Program de trastorn mental sever". Fòrum salut mental. Barcelona 1999

CARPENITO, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería.

Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1997.

LUIS, M.T. Diagnósticos Enfermeros.

Ed. Harcourt Brace. Madrid, 1998.

ALFARO - LEFEBRE, R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª edición

Ed. Springer. Barcelona 1999

GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª edición

Ed. Harcourt Brace. Madrid 1999

MEDINA, J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.

Ed. Laertes. Barcelona, 1999.

FORNÉS VIVES, J. CARBALLAL BALSÀ M^a C. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención

Ed. Panamericana. Madrid 2001

MCCLOSKEY, J. BULECHEK, G.M (editoras). Clasificación de intervenciones de enfermería. Nursing Interventions Classification (NIC). 3ª edición

Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2001

Definiciones y Clasificación 1999-2000 Diagnósticos Enfermeros de la NANDA

Ed. Harcourt.

LUIS RODRIGO, M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. 2ª edición

Ed. Masson. Barcelona 2002

JHONSON, M. MAAS, M. MOORHEAD, S. (editoras). Clasificación de resultados de enfermería. Nursing outcomes classification (NOC). 2ª edición

Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2001

JHONSON, M.. BULECHEK, G. MCCLOSKEY, J. MAAS, M. MOORHEAD, S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.

Ed. Harcourt. Mosby. Madrid 2002

