PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS, CRITERIOS DE RESULTADO E INTERVENCIONES ENFERMERAS PSICOSOCIALES EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN LENGUAJE DE CUIDADOS

PRIORITIZATION OF PSYCHOSOCIAL NURSING DIAGNOSES, OUTCOME CRITERIA AND INTERVENTIONS IN THE CONTEXT OF A TRAINING PROGRAM IN STANDARDIZED NURSING TERMINOLOGY

Pedro Ruymán Brito Brito¹ · Antonio Bazán Herrero², Francisca Beatriz Castrillo García³, Ana Belén Díez Álvarez⁴, Raquel García García⁵, Montserrat García Fernante⁶, Natividad Gómez Feliz⁷, María González García⁸, Faustino González Pérez⁹, María Josefa Gutiérrez Fernández¹⁰, Mónica Iglesias Suárez¹¹, Marta María Iglesias Valbuena⁷, Aurora Peláez Nava¹², Ana Riesgo Laviana⁷, María Begoña Sierra Gayol³
María Joaquina Suárez Iglesias¹³,

1. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Departamento de Enfermería. Universidad de La Laguna.
 2. Hospital de Jarrio. Área Sanitaria I. SESPA. 3. Unidad de Salud Mental. Hospital de día – ingreso 24 – Comunitaria. Arriondas. SESPA.
 4. Unidad de Formación, Docencia e Investigación. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Área Sanitaria IV. SESPA.
 5. Unidad especializada de tabaquismo. Área IV. SESPA. 6. Unidad de Salud Mental. Área Sanitaria III. SESPA. 7. Hospital Universitario de Cabueñes. Área Sanitaria V. SESPA. 8. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Área Sanitaria IV. SESPA. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). 9. Unidad de Salud Mental. ETAC. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Área Sanitaria IV. SESPA. 10. Hospital Vital Álvarez-Buylla (Mieres). Área Sanitaria VII. SESPA. 11. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Jarrio. Área Sanitaria I. SESPA. 12. Centro de Salud de Otero. Área Sanitaria IV. SESPA. 13. UGG Ribadesella. SESPA.
-

Resumen

En este estudio se presentan los resultados de un ejercicio de priorización de lenguajes enfermeros estandarizados, pertenecientes al área psicosocial, realizado en el contexto de un programa formativo de 20 horas. Participaron un total de 15 enfermeras, la mayoría del ámbito de atención especializada, con experiencia laboral, utilizadoras habituales de estos lenguajes, con formación previa al respecto y actitud favorable. Se priorizaron los siguientes diagnósticos de NANDA-I: 00146 Ansiedad, 00054 Riesgo de soledad, 00150 Riesgo de suicidio, 00053 Aislamiento social y 00214 Discomfort. Entre los criterios de resultado NOC, se priorizaron: 1205 Autoestima, 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria, 1209 Motivación, 1204 Equilibrio emocional y 1211 Nivel de ansiedad. Y entre las intervenciones NIC: 4920 Escucha activa, 5270 Apoyo emocional, 5250 Apoyo en la toma de decisiones, 7040 Apoyo al cuidador principal y 7140 Apoyo a la familia. Posteriormente, se seleccionaron los principales indicadores diagnósticos y de resultado, describiendo el grado de solapamiento entre ellos. Asimismo, para las intervenciones, se relacionaron las actividades priorizadas por el grupo de trabajo con la evidencia disponible.

Palabras clave:

Lenguaje estandarizado de cuidados, Diagnósticos de enfermería, Problemas psicosociales, Programa formativo.

Abstract

This study presents the results of a prioritization exercise of standardized nursing languages, belonging to the psychosocial area, carried out in the context of a 20-hour training program. A total of 15 nurses participated, most of them from specialized care, with work experience, regular users of these languages, with previous training in this regard and a favorable attitude. The following NANDA-I diagnoses were prioritized: 00146 Anxiety, 00054 Risk for loneliness, 00150 Risk for suicide, 00053 Social isolation and 00214 Discomfort. Among the NOC outcome criteria, the following were prioritized: 1205 Self-esteem, 0300 Self-care: activities of daily living, 1209 Motivation, 1204 Emotional balance and 1211 Anxiety level. And among the NIC interventions: 4920 Active listening, 5270 Emotional support, 5250 Decision-making support, 7040 Support for the main caregiver and 7140 Support for the family. Subsequently, the main diagnostic and outcome indicators were selected, describing the degree of overlap between them. Likewise, for the interventions, the activities prioritized by the working group were related to the available evidence.

Keywords: Standardized nursing

terminology, Nursing diagnosis, Psychosocial problems, Education.

INTRODUCCIÓN

Los aspectos psicosociales son una constante en la valoración enfermera y en la planificación de cuidados. No podemos obviar estos elementos pues resultan claves indispensables en el continuo de los cuidados enfermeros, marcando las necesidades individuales desde un punto de vista personal e irrepetible.

A pesar de que, a efectos de su propio estudio, diferenciemos la cuestión psicosocial de las otras esferas de la persona (física, funcional y ambiental), la mera división es ya un ejercicio reduccionista impropio del propósito de indagar sobre el todo en su conjunto. La clasificación de diagnósticos de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) asume que es un error el hecho de separar el cuerpo de la mente, al distinguir entre trastornos mentales y físicos, resultando en un “anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo”. Señalan que “los conocimientos actuales indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos. El problema planteado por el término trastornos mentales ha resultado ser más patente que su solución y, lamentablemente, el término persiste en el título del DSM-IV, ya que no se ha encontrado una palabra adecuada que pueda

sustituirlo” (APA, 2000). Los aspectos psicosociales se circunscriben a dichos trastornos siendo definidos como “situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectados, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con graves alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros” (De la Revilla, 1994). La APA, en la misma línea, los define como “...un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona”. De este modo, bajo el prisma biomédico, se ubican los problemas psicosociales “en la periferia” del diagnóstico de trastorno mental, que es el objetivo de una valoración médica a este nivel. En cambio, las enfermeras, mediante el diagnóstico de necesidades de cuidados, enuncian la presencia de problemas psicosociales como centro de una entidad diagnóstica propia, cuyo propósito es eliminar o mitigar tales problemáticas a partir de un diagnóstico que valide un problema siempre “intervenible”. La enfermería moderna apostó, al igual que la

medicina, por asumir un modelo de atención biopsicosocial (Novel, Lluch y Miguel-López, 2005) aunque el éxito en su aplicación no fue el esperado en los diversos contextos clínicos. Así, varios autores han descrito las dificultades existentes para integrar en la práctica conceptos teóricos tales como el holismo (McEvoy y Duffy, 2008; Thornton, 2008).

Diferentes modelos y teorías enfermeras definen y describen el cuidado del paciente desde una perspectiva integral, con mayor énfasis en lo psicosocial: Peplau (1952), Travelbee (1966), Rogers (1970), Watson (1979), Rizzo Parse (1981) o Leininger (1991) son solo algunos ejemplos. Inclusive, los lenguajes estandarizados de cuidados, de NANDA-I (Herdman y Kamitsuru, 2019), NOC (Moorhead et al, 2018) y NIC (Butcher et al, 2018), cuentan, entre sus dominios y clases, con numerosas etiquetas diagnósticas, de resultados y de intervenciones, para esta área. Es más, la Taxonomía NNN para la práctica enfermera, que apareció por última vez en la clasificación de diagnósticos enfermeros 2009-2011 de NANDA-I (Herdman, 2010), se conformaba por cuatro dominios: funcional, fisiológico, psicosocial y del entorno, aglutinando entre sus clases correspondientes las etiquetas diagnósticas, de resultados y de intervenciones bajo una misma estructura taxonómica.

Se trataba, a inicios de los 2000, de potenciar dicha estructura común haciendo visible la relación entre las tres clasificaciones mediante la Taxonomía NNN (Dochterman y Jones, 2003) la cual apareció por vez primera en la clasificación 2001-2002.

Los diagnósticos enfermeros correspondientes al dominio psicosocial de esta Taxonomía NNN para la práctica enfermera, de la clasificación 2009-2011 de NANDA-I, configuraron la base para la construcción y desarrollo del Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psico-Social (CdePS), creado para facilitar la identificación y abordaje de tales problemas (Brito y Aguirre, 2014).

Se sabe que las enfermeras presentan dificultades para identificar problemas psicosociales en su práctica clínica habitual y que una adecuada valoración y seguimiento, en el contexto de un plan de cuidados efectivo, permite resolver dichos problemas de manera adecuada en entornos como la Atención Primaria de Salud (Díaz y González, 2013). Para ello, pueden ser de gran utilidad las fórmulas docentes que combinan los talleres grupales y el asesoramiento directo individual, en entornos reales de práctica profesional, pues se ha comprobado que permiten mejorar los conocimientos y las actitudes para el trabajo con lenguajes estandarizados de

cuidados (Brito et al, 2018). El hecho de que enfermeras asistenciales, y a priori inexpertas en lenguajes estandarizados de cuidados, se familiaricen con las clasificaciones de NANDA-I, NOC y NIC y puedan trabajar y discutir en grupos aquellos enunciados relacionados con aspectos psicosociales, podría facilitar su comprensión y posterior uso en diferentes entornos clínicos.

OBJETIVOS

- Describir una propuesta de priorización de diagnósticos enfermeros, criterios de resultado e intervenciones psicosociales realizada por un grupo de enfermeras participantes en un programa formativo en lenguaje de cuidados.

- Analizar, entre los diagnósticos enfermeros priorizados, las características definitorias y factores de riesgo principales, seleccionados por las enfermeras, y su grado de solapamiento, en función del aspecto evaluado, entre los diferentes diagnósticos.

- Mostrar la priorización de indicadores, entre los criterios de resultado, realizada por el grupo de enfermeras, el grado de solapamiento entre ellos respecto al resto de resultados priorizados y la correspondencia con los componentes diagnósticos (características definitorias y factores de riesgo).

- Describir, para la priorización de intervenciones realizada por las enfermeras, las actividades que fueron seleccionadas como las más importantes y su correspondencia con la evidencia científica disponible.

MÉTODO

Participantes: formaron parte de este estudio las enfermeras que, aceptando voluntariamente su inclusión en el mismo y siendo informadas sobre el propósito y objetivos, asistieron al curso “Valoración, diagnóstico y tratamiento enfermero psicosocial” celebrado en el Instituto Asturiano Adolfo Posadas entre los días 20 y 22 de noviembre de 2019, con una duración total de 20 horas y los contenidos que se presentan en el [Cuadro 1](#). Se excluyeron aquellos alumnos que no completaron al menos el 85% de las horas de la actividad formativa (17 horas).

Muestra: el grupo de 15 enfermeras participantes estaba compuesto por un 86,7% de mujeres. La media de edad era de 49,7($\pm 6,8$) años en un rango entre 32 y 59. El 80% pertenecían al ámbito asistencial, un 20% a la gestión, un 13,3% a la docencia y un 6,7% a la investigación, existiendo 2 participantes que desempeñaban más de una función. Un 75%, entre los dedicados al ámbito

asistencial, trabajaban en atención especializada y el resto, en atención primaria. La media de años de experiencia laboral era de 24,3($\pm$ 7,5). El 40% tenía una especialidad, el 26,7% un experto o máster no oficial y un 6,7% el doctorado. Un 66,7% indicó tener mucha o bastante práctica profesional utilizando diagnósticos enfermeros y/o lenguajes estandarizados de cuidados. Igualmente, el 53,3% refirió tener mucha o bastante formación en dichas cuestiones. Por el contrario, el 66,7% había asistido poco, casi nada o nada a reuniones científicas sobre diagnósticos y/o lenguajes estandarizados. Un 60% expresó haber leído poco, casi nada o nada sobre la temática y un 93,3% había investigado poco, casi nada o nada. El 80% señaló estar totalmente de acuerdo o de acuerdo respecto al lenguaje estandarizado de cuidados y el 86,7%, respecto al diagnóstico enfermero. La actitud hacia el diagnóstico se midió, de manera previa al inicio del curso y sin comparación posterior, con la versión reducida de 7 ítems de la Escala de Posicionamiento ante el diagnóstico enfermero (EPADE-7) (Romero et al, 2013). Este instrumento califica el proceso diagnóstico mediante el empleo de adjetivos y la técnica de diferencial semántico, puntuando en una escala de tipo Likert de 1 a 7 puntos entre el adjetivo desfavorable y el favorable. Los valores

medios de las puntuaciones asignadas por los participantes para cada pareja de adjetivos fueron: sin significado-con significado 5,3($\pm$ 1,0) puntos; no realista-realista 5,0($\pm$ 0,8) puntos; obstaculizador-facilitador 4,3($\pm$ 1,6) puntos; sin validez-válido 5,4($\pm$ 1,1) puntos; irrelevante-relevante 4,3($\pm$ 1,7) puntos; ingrato-gratificante 4,7($\pm$ 1,3) puntos; y rutinario-creativo 3,6($\pm$ 1,6) puntos.

Las variables principales del estudio, además de las referidas anteriormente para describir las características de las enfermeras, resultan de los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado y las intervenciones seleccionadas como prioritarias por los participantes y extraídas de las clasificaciones de NANDA-I, NOC y NIC, que conformaron el material bibliográfico de trabajo utilizado durante el curso. Como componentes a priorizar dentro de dichas clasificaciones, se trabaja con las características definitorias y factores de riesgo de los diagnósticos seleccionados, los indicadores de resultado y las actividades de las intervenciones. No se realiza otro tratamiento estadístico de estos grupos de variables ya que no procede debido al tipo de estudio propuesto.

Procedimiento de trabajo y recogida de datos: para la adecuada organización de las actividades a realizar para alcanzar los objetivos del estudio se con-

figura un cuaderno de ejercicios, que sirve para la recogida de datos mediante el registro de variables, al cual se le dedica una distribución horaria durante el curso de seis horas: dos durante los primeros dos días y cuatro el tercero. Esta temporalidad se organiza de este modo para poder abordar, explicar y aclarar previamente, a medida que se avanza en los contenidos, diferentes cuestiones o dudas relacionadas con la temática psicosocial y el lenguaje estandarizado de cuidados. El número total de ejercicios a realizar es de cinco ([Cuadro 2](#)), siendo los dos primeros trabajados individualmente por cada alumno durante los primeros dos días y los tres restantes, el tercer día de curso, realizados en grupos de 3 o 4 personas.

Todas las etiquetas diagnósticas, las de resultado y las de intervención seleccionadas, por al menos una de las enfermeras, con nivel de prioridad entre 8 y 10, siendo 2 el valor mínimo para los diagnósticos y 10 el máximo y 1 el valor mínimo para los resultados e intervenciones y 10 el máximo, son transcritas a una tabla final en la que se cuantifica el número de veces que cada una de esas etiquetas es propuesta, en el rango de 8 a 10 puntos, por las enfermeras participantes. De este modo, se obtienen las prioridades para cada clasificación, NANDA-I, NOC y NIC. Las puntuaciones

asignadas a los diagnósticos tienen un valor mínimo de dos puntos, en lugar de uno, porque se evalúan dos aspectos: 1. La frecuencia con la que se observa el problema objeto del diagnóstico en la práctica asistencial cotidiana de la enfermera y 2. La importancia que la enfermera participante atribuye a dicho problema. De este modo, ambas cuestiones se valoran en una escala de tipo Likert entre 1 y 5 puntos, siendo 1 el de menor frecuencia o importancia y 5 el de mayor frecuencia e importancia. El resultado final de prioridad de cada diagnóstico se obtiene del sumatorio de puntuaciones en ambas escalas.

Tras los dos primeros ejercicios es necesario, para poder continuar el trabajo de los siguientes, procesar la información obtenida después de la priorización diagnóstica, de resultados y de intervenciones, destacando cinco etiquetas de cada clasificación (NANDA-I, NOC y NIC), las mejor puntuadas, con las que fomentar la discusión y consenso de los diferentes componentes: características definitorias, factores de riesgo, indicadores de resultado, y actividades. Ante la posibilidad de igual puntuación de etiquetas, se elige una como prioritaria por mayoría simple.

El consenso se lleva a cabo mediante rondas de discusión con tiempos definidos de trabajo, hasta lograr total

acuerdo en la priorización y selección, realizada en dos tiempos: primero entre los componentes de los grupos pequeños (de 3-4 miembros) y, segundo, entre los componentes del grupo grande (15 participantes) con la ayuda del docente, que participa como moderador, controlando los tiempos de cada actividad, procesando, previamente, la información resultante de los ejercicios 1) y 2) y tomando nota, en una tabla final, similar a las que componen el cuaderno de ejercicios, de las prioridades decididas por las enfermeras.

A partir de los resultados obtenidos en estos ejercicios, se analiza cualitativamente el grado de solapamiento entre las características definitorias y/o factores de riesgo de los diagnósticos priorizados y entre los indicadores de los criterios de resultado, así como la correspondencia entre ambos componentes, NANDA-I vs. NOC. Seguidamente, se describen las actividades seleccionadas, tras consenso, para las intervenciones NIC priorizadas y su grado de correspondencia con la evidencia científica disponible (Ackley et al, 2019).

RESULTADOS:

Respecto a los diagnósticos enfermeros, 109 enunciados (44,7% del total) fueron priorizados con una puntuación entre 8 y 10 por al menos una de las

enfermeras participantes. Cada una seleccionó una media de 24 diagnósticos psicosociales (entre un mínimo de 17 y un máximo de 38) en dicho rango de puntuación (8 a 10). Ocho diagnósticos fueron priorizados por más de la mitad de las enfermeras ([Tabla 1](#)).

En el caso de los criterios de resultado de la clasificación NOC, 143 de ellos (26,5% del total) fueron puntuados entre 8 y 10 por al menos una enfermera. Cada participante puntuó, en ese rango, una media de 23 criterios de resultado NOC (entre un mínimo de 10 y un máximo de 50). Un total de 11 fueron priorizados por más de la mitad del grupo ([Tabla 1](#)).

En cuanto a las intervenciones de la clasificación NIC, hasta 136 de ellas fueron seleccionadas como prioritarias (24% del total), recibiendo al menos una puntuación entre 8 y 10. Cada enfermera priorizó, en tal margen de puntuaciones, una media de 25 intervenciones (entre un mínimo de 21 y un máximo de 50). Diecisiete fueron priorizadas por más de la mitad de las enfermeras ([Tabla 1](#)).

Para el diagnóstico 00146 Ansiedad, los participantes de los grupos pequeños de trabajo seleccionaron hasta 22 características definitorias en total. Seguidamente, en la discusión y consenso en el grupo grande se priorizaron 8 de ellas ([Tabla 2](#)). En el caso del diag-

nóstico 00054 Riesgo de soledad, se eligieron inicialmente (trabajo de los grupos pequeños) 4 factores de riesgo, de los cuales se priorizó la mitad tras el consenso de todo el grupo. Para el 00150 Riesgo de suicidio, entre 14 factores de riesgo seleccionados en un inicio como importantes, fueron priorizados por el grupo 8 de ellos finalmente. Sobre el diagnóstico 00053 Aislamiento social las enfermeras seleccionaron inicialmente hasta 11 características definitorias, de las cuales priorizaron 6. Por último, de entre las características definitorias del diagnóstico 00214 Discomfort, los participantes seleccionaron un total de 12 y priorizaron 5 entre ellas ([Tabla 2](#)).

El solapamiento entre todos los componentes seleccionados de los diagnósticos priorizados, mencionados anteriormente, se presenta en la [Imagen 1](#).

En relación con los criterios de resultado priorizados, los indicadores consensuados como los más relevantes se muestran en la Tabla 3. Para el criterio 1205 Autoestima, se eligieron de inicio, como resultado del trabajo de los grupos pequeños, hasta 10 indicadores, de los que se consensuaron 6 en el grupo grande. Para 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria, en primer lugar, se seleccionaron 6, de los cuales se priorizaron 3. En cuanto al criterio de resultado NOC 1209 Motivación, de los

grupos pequeños se seleccionaron hasta 9 indicadores, siendo priorizados y consensuados, entre ellos, por parte de todo el grupo, 7 en total. En relación con el resultado NOC 1204 Equilibrio emocional, de los 8 indicadores que salieron en los grupos pequeños se tomaron como importantes, por más de la mitad de dichos grupos, 7 de ellos. Y finalmente, para la etiqueta 1211 Nivel de ansiedad, entre los 14 indicadores elegidos inicialmente en los grupos pequeños, se priorizaron 6 por consenso del grupo grande.

El solapamiento entre los indicadores NOC seleccionados de los criterios de resultado priorizados, citados anteriormente, se presenta en la [Imagen 2](#).

Para describir la correspondencia entre los componentes diagnósticos (características definitorias y factores de riesgo) y los indicadores de resultado priorizados, se presentan todos ellos organizados por patrones de salud según el marco de valoración de M. Gordon (1996) ([Imagen 3](#)).

Entre las cinco intervenciones NIC más priorizadas, de entre las 17 que aparecen en la [Tabla 1](#), se discutieron las actividades principales empleando el mismo procedimiento que para la priorización de componentes diagnósticos e indicadores de resultado. Primero se propusieron actividades entre los grupos pequeños y, seguidamente, se prioriza-

ron y consensuaron entre éstas las más significativas en el grupo grande. De este modo, la selección final se presenta en la [Tabla 4](#), junto a su correspondencia con la evidencia científica disponible, para los cinco diagnósticos enfermeros más priorizados, según el manual de Ackley et al (2019).

DISCUSIÓN

El entorno en el que se va a producir el cuidado (atención primaria, hospitalaria, unidades de salud mental...) determina las opciones de uso y limitación de los diagnósticos psicosociales. Teniendo en cuenta que cada situación clínica requiere de una priorización en los cuidados, es habitual no encontrar el entorno o momento idóneos con el paciente como para poder abordar e influir sobre un estado alterado de su esfera emocional, aun cuando el juicio de la enfermera determina tal alteración. El tiempo de tratamiento enfermero es también un factor limitante a la hora de trabajar con el diagnóstico psicosocial. El pensamiento crítico y el entorno en que se prestan los cuidados son determinantes para la elección del modelo enfermero que se aplica, aun sin saber que en nuestro modus operandi hay un modelo y un método perfectamente identificables, influidos por la experiencia vital y laboral de cada uno.

A la luz de los resultados, se ha obtenido una propuesta de priorización de diagnósticos, objetivos e intervenciones de ámbito psicosocial en el contexto de la terminología estandarizada de cuidados de NANDA-I, NOC y NIC. El perfil de las enfermeras participantes en el proceso de priorización era el de una mujer de mediana edad, que trabaja en el ámbito asistencial de atención especializada, con experiencia laboral contrastada, utilizadora habitual de lenguajes enfermeros estandarizados y formada al respecto. La mayoría de los participantes estaba de acuerdo con el uso de estos lenguajes, teniendo una actitud favorable. El aspecto menos favorable, señalado por las enfermeras en la Escala EPADE-7 con puntuaciones más bajas, describe el proceso diagnóstico como un acto rutinario. Esta puede ser una percepción común en muchos entornos de práctica asistencial. Se sabe que existe mejor actitud en aquellos contextos laborales favorables, en los cuales es posible una cumplimentación coherente de los planes de cuidado, basada en el razonamiento lógico y el pensamiento crítico (Lumillo et al, 2019).

En relación con la cantidad total de etiquetas priorizadas, dentro de la clasificación de diagnósticos de NANDA-I, destaca que fueron señaladas por las enfermeras casi la mitad de ellas.

Teniendo en cuenta que se trataba de una priorización dirigida hacia el ámbito psicosocial de necesidades de cuidados, consideramos que este resultado indica un conocimiento y significación importantes de la taxonomía diagnóstica por parte del grupo participante, lo cual es coherente puesto que éste señaló tener un uso habitual y formación previa. Sobre el total de criterios de resultado NOC y de intervenciones NIC se priorizó aproximadamente una cuarta parte de su contenido, resultado igualmente lógico dado que el número de etiquetas en estas otras clasificaciones supera en más del doble al de la clasificación diagnóstica. Por otro lado, la media de diagnósticos, objetivos e intervenciones priorizadas como las más importantes sí fue prácticamente la misma (24, 23 y 25 respectivamente), permitiendo focalizar mejor, al grupo participante, los objetivos planteados en este estudio y obteniendo una propuesta priorizada, tal y como se expone en la Tabla 1.

Asimismo, y haciendo alusión a los aspectos cualitativos resultantes del proceso de priorización, se obtuvieron los indicadores diagnósticos principales, destacados según el criterio de las enfermeras, para 00146 Ansiedad, 00054 Riesgo de soledad, 00150 Riesgo de suicidio, 00053 Aislamiento social y 00214 Disconfort. El grado de solapa-

miento, detallado en la Imagen 1, es muy alto, pudiendo generar en la práctica asistencial, importantes dificultades para el ejercicio diagnóstico en el área psicosocial, como ya ha sido señalado en estudios anteriores (Brito y Aguirre, 2014). Además, se aprecia cómo los indicadores diagnósticos se corresponden con numerosos patrones de salud del marco de Gordon, aunque destacan el de Auto-percepción-Autoconcepto, Rol-Relaciones y Adaptación-Tolerancia a estrés. El solapamiento entre los indicadores NOC de las etiquetas priorizadas 1205 Autoestima, 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria, 1209 Motivación, 1204 Equilibrio emocional y 1211 Nivel de ansiedad, es también muy elevado (Imagen 2) y se corresponde con los patrones señalados para los diagnósticos. Por ello, se realizó un ejercicio de integración de ambos tipos de indicadores, diagnósticos y de resultado, comprobando su lógica de agrupamiento y cohesión (Imagen 3). Esto permite reforzar la idea de que el desarrollo conceptual del proceso enfermero y su empleo en la práctica asistencial e investigadora debe promover, no solo la interrelación de los lenguajes estandarizados de NANDA-I y de la clasificación NOC sino su integración, lo cual significa ir un paso más allá, tal y como señaló Espinosa (2008). Todo ello permite potenciar la construcción de

nuevos marcos de valoración y la validación de instrumentos para áreas concretas de necesidades de cuidados. En el contexto psicosocial ya contamos con el CdePS (Brito et al, 2012), mencionado previamente, mientras que en otras áreas se han validado recientemente herramientas para valorar, por ejemplo, el nivel de conocimientos en lactancia materna (Paloma et al, 2017) o el nivel de conocimientos en dieta de las personas con diabetes (Brito et al, 2020).

Sobre el tipo de problemas priorizados, consideramos que todos ellos son relevantes en el ámbito psicosocial y, por tanto, oportunos en su priorización. La ansiedad es frecuentemente identificada por las enfermeras como uno de los diagnósticos más prevalentes, tanto a nivel hospitalario (Sanson et al, 2018) como en Atención Primaria (Brito, Rodríguez y Toledo, 2009). El aislamiento social y la soledad son problemas importantes en nuestras sociedades actuales, generando necesidades de reorganización en el modelo de asistencia socio sanitaria, que debe estar orientado a dar buena cobertura a un perfil de población envejecida y vulnerable (Freedman y Nicolle, 2020). Igualmente, el riesgo de suicidio se configura como un problema de salud pública y es un diagnóstico recientemente revisado en su contenido para dar prioridad a una serie de factores

de riesgo considerados clave en población mayor (Sousa et al, 2019). El Servicio de Salud del Principado de Asturias dispone de un “Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio” (2018). Quizás por este motivo las enfermeras participantes en nuestro estudio priorizaron este diagnóstico, al estar sensibilizadas con tal problema en su práctica asistencial habitual.

Finalmente, en cuanto a la priorización de intervenciones y actividades se encontraron correspondencias entre la propuesta realizada por el grupo de enfermeras y la evidencia disponible respecto a las intervenciones sugeridas para los diagnósticos priorizados (Tabla 4). Esto nos permite concluir que el grado de expertise de los participantes sugiere un buen criterio clínico a la hora de seleccionar qué actividades son de interés para los problemas psicosociales declarados como importantes. Además, consideramos de especial importancia y pertinencia culminar cada proceso de atención de enfermería con una selección adecuada de intervenciones que tenga soporte en una práctica basada en la evidencia. Para ello, contamos con manuales diagnósticos actualizados que vinculan los lenguajes enfermeros estandarizados con tales evidencias (Ackley et al, 2019).

BIBLIOGRAFÍA

Ackley B.J., Ladwig G.B., Flynn Makic M.B., Martínez-Kratz M., Zanotti M., 2019. Nursing diagnosis

- handbook. An evidence-based guide to planning care. (12ª ed.). St. Louis: Elsevier.
- Adams N., 2013. Developing a suicide precaution procedure. *Medsurge Nursing* 22(6), pp.383-386.
- American Psychiatric Association (APA), 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Nurses Association (APNA), 2015. Psychiatric-mental health nurse essential competencies for assessment and management of individuals at risk for suicide. [Recuperado de] <https://www.apna.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=5684>
- Brito Brito P.R., Rodríguez Álvaro M., Toledo Rosell C., 2009. Problemas NANDA del dominio psicosocial más frecuentes en Atención Primaria. *ENE Revista de Enfermería* 3(1), pp.42-51.
- Brito Brito P.R., Rodríguez Álvarez C., Sierra López A., Rodríguez Gómez J.A., Aguirre Jaime A., 2012. Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enfermería Clínica* 22(3), pp.126-134.
- Brito Brito P.R., Aguirre Jaime A., 2014. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. Barcelona: Elsevier.
- Brito Brito P.R., Ramos Santana S., Sánchez Nicolás F., Fernández Gutiérrez D.A., 2018. Impacto de un programa formativo en Atención Primaria sobre la actitud ante los diagnósticos enfermeros y los conocimientos en metodología. *Revista de Enfermería* 41(4), pp.300-308.
- Brito Brito P.R., Martín García A., Oter Quintana C., Paloma Castro O., Romero Sánchez J.M., CoNOCidiet-Diabetes Research Group, 2020. Development and content validation of a NOC-based instrument for measuring dietary knowledge in patients with diabetes: CoNOCidiet-Diabetes. *International Journal of Nursing Knowledge* 31(1), pp.59-73.
- Butcher H.K., Bulechek G.M., Dochterman J.M., Wagner C.M., 2018. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias, 2018. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Asturias: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (SESPA).
- Ciemins F.L., Brant J., Kersten D., Mullette E., Dickerson D., 2015. A qualitative analysis of patients and family perspectives on palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 18(3), pp.282-285.
- De la Revilla L., 1994. Modelos explicativos de la atención familiar. En: De la Revilla L. (ed.). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma.
- Díaz Martín A., González Carpio Paredes O., 2013. Follow-up of primary care patients with a NANDA-I nursing diagnosis of low self-esteem. *Enfermería Clínica* 23(5), pp.196-202.
- Dochterman J.M., Jones D.A., 2003. Unifying nursing languages: the harmonization of NANDA, NIC, and NOC. Washington: American Nurses Publishing.
- Espinosa i Fresneda C., 2008. Más allá de las interrelaciones: la integración del lenguaje. En AENTDE (ed.). *Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero*. Barcelona: AENTDE, pp.41-57.
- Felix H.C., Adams B., Cornell C.E., Fausett J.K., Krukowski R.A., Love S.J., Prewitt T.E., West D.S., 2014. Barriers and facilitators to senior center participating in translational research. *Research on Aging* 36, pp.22-39.
- Freedman A., Nicolle J., 2020. Social isolation and loneliness. The new geriatric giants: approach for primary care. *Canadian Family Physician* 66(3), pp.176-182.
- Gordon M., 1996. Patrones funcionales de salud: una estructura para la valoración. En: Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación* (3ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma, pp.74-109.
- Grover S.L., 2014. Unraveling respect in organization studies. *Human relations* 67, pp.27-51.
- Herdman H. (ed.), 2010. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier.
- Herdman H., Kamitsuru S. (eds.), 2019. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020 (11ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Hirsch J., Barton A., 2011. Positive social support, negative social exchanges, and suicidal behavior in college students. *Journal of American College: J of ACH* 59(5), pp.393-398.
- Jiwani K., 2016. Handling challenging emotions in nursing care. *Journal of Nursing* 6(2), pp.13-15.
- Kirkevoid M., Moyle W., Wilkinson C., Meyer J., Hauge S., 2013. Facing the challenge of adapting to a life alone in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing* 69, pp.394-403.
- Kolcaba K., 2014. TheComfortLine.com. [Recuperado de] <https://www.thecomfortline.com>
- Lauzier S., Campbell H.S., Livingston P.M., Maunsell E., 2014. Indicators for evaluating cancer organizations' support services: performance and associations with empowerment. *Cancer* 120(20), pp.3219-3227.
- Leininger M.M., 1991. Culture care diversity and universality. A theory of nursing. New York, NY: National League for Nursing.
- Lumillo Gutiérrez I., Romero Sánchez J.M., D'Agostino F., Paramio Cuevas J.C., Fabrellas N., Moreno Corral L.J., Paloma Castro O., 2019. Nurses' characteristics and practice environments:

- comparison between clusters with different attitude and utilisation profiles regarding nursing diagnosis. *Journal of Nursing Management* 27(1), pp.93-102.
- Marshall L., Dall'Oglio I., Davis D., et al., 2015. Nurses as educators within health systems... Chapter from *mastering patient and family education STTI book. Reflections on Nursing Leadership* 41(4), pp.1-17.
- Mattila E., Kaunonen M., Aalto P., Astedt-Kurki P., 2014. The method of nursing support in hospital and patients' and family members experiences of the effectiveness of the support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, pp.305-314.
- McEvoy L., Duffy A., 2008. Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Education in Practice* 8(6), pp. 412-419.
- Moorhead S., Swanson E., Johnson M., Maas M.L., 2018. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Novel Martí G., Lluch Canut M.T., Miguel López de Vergara M.D., 2005. *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Elsevier, pp.3-8.
- Paloma Castro O., Romero Sánchez J.M., Paramio Cuevas J.C., Pastor Moreno S.M., Del Carmen Sánchez Dalda M., Rozadillas Sanmiguel E., Moreno Corral L.J., 2017. Development and psychometric evaluation of a questionnaire based on the Nursing Outcomes Classification to determine the knowledge of parents on breast-feeding: research protocol. *International Journal of Nursing Knowledge* 28(2), pp.100-108.
- Peplau H.E., 1952. *Interpersonal relations in nursing*. New York: GP Putnam's Sons.
- Roaldsen B., Sorlie T., Lorem G., 2015. Cancer survivors' experiences of humour while navigating through challenging landscapes: A socio-narrative report. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 29(4), pp.724-733.
- Romero Sánchez J.M., Paloma Castro O., Paramio Cuevas J.C., Pastor Montero S.M., O'Ferrall González C., Gabaldón Bravo E.M., et al., 2013. A short form of the positions on nursing diagnosis scale: development and psychometric testing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 47(3), pp. 591-599.
- Rizzo Parse R., 1981. *The human becoming school of thought. A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Rogers M., 1970. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: FA Davis Company.
- Sanson G., Perrone A., Fasci A., D'Agostino F., 2018. Prevalence, defining characteristics, and related factors of the nursing diagnosis of anxiety in hospitalized medical-surgical patients. *Journal of Nursing Scholarship* 50(2), pp.181-190.
- Skingley A., 2013. Older people, isolation and loneliness: Implications for community nursing. *British Journal of Community Nursing* 18, pp.84-90.
- Sousa G.S., Perrelli J.G.A., Manguera S.O., Sougey E.B., 2019. Validation by experts of risk for suicide nursing diagnosis in the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem* 72(suppl 2), pp.111-118.
- Spencer M.D., 2016. Managing psychosomatic symptoms. [Recuperado de] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cbl.30142>
- Thompson R., Kerr M., Glynn M., Linehan C., 2014. Caring for a family member with intellectual disability and epilepsy: practical, social and emotional perspectives. *Seizure: The Journal of the British Epilepsy Association* 23(10), pp.856-863.
- Thornton L., 2008. Holistic nursing: a way of being, a way of living, a way of practice! *Imprint* 55(1), pp. 32-39.
- Travelbee J., 1966. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Wagner D., Bear M., 2009. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing* 65(3), pp. 692-701.
- Watson J., 1979. *Nursing, the philosophy and science of Caring*. Boston: Little, Brown.
- Vieira G., Cavalcanti A., da Silva S., et al., 2015. Quality of life of caregivers to patients with heart failure: integrative review. *Journal of Nursing UFPE* 9(2), pp.750-758.

TABLAS Y FIGURAS

Cuadro 1. Contenidos del curso “Valoración, diagnóstico y tratamiento enfermero psicosocial”.

Temas/horas	Subtemas
Día 1 Valoración psicosocial 7 horas	Introducción a la dimensión psicosocial Necesidad de instrumentos de ayuda a la valoración psicosocial El Cuestionario para el diagnóstico enfermero Psico-Social (CdePS) como marco transteórico de valoración Trabajo de ejercicios prácticos
Día 2 Diagnóstico psicosocial 7 horas	Principales dificultades diagnósticas Perfiles de pacientes con problemática psicosocial y asociaciones entre enunciados diagnósticos. Síndromes Desarrollo del lenguaje de cuidados. Epidemiología e investigación Trabajo de ejercicios prácticos
Día 3 Tratamiento psicosocial 6 horas	Evidencia disponible de intervenciones enfermeras psicosociales Investigación sobre efectividad de intervenciones Trabajo de ejercicios prácticos

Cuadro 2. Ejercicios individuales y grupales realizados por los alumnos participantes en el curso “Valoración, diagnóstico y tratamiento enfermero psicosocial”.

Ejercicio	Contenido
Individual	<ol style="list-style-type: none">1. Subrayar los diagnósticos, resultados e intervenciones que consideres, desde tu punto de vista, prioritarios para la esfera psicosocial, seleccionando entre 30 y 50 etiquetas de cada clasificación.2. Señalar la frecuencia y la importancia, o la prioridad, de cada etiqueta seleccionada, entre los valores 1 y 5 o 1 y 10, según corresponda.
Grupal	<ol style="list-style-type: none">3. Con el <i>top 5</i> de diagnósticos enfermeros: discutir, consensuar y seleccionar las características definitorias o factores de riesgo (según el tipo de diagnóstico) que consideren más importantes (sin límite de número) para identificar cada problema (real o potencial) e incluir en una valoración.4. Con el <i>top 5</i> de resultados NOC: discutir, consensuar y seleccionar los indicadores que consideren más importantes (sin límite de número) para valorar cada criterio e incluirlos en la recogida de datos.5. Con el <i>top 5</i> de intervenciones NIC: discutir, consensuar y elegir las actividades que consideren más relevantes (sin límite de número) para la práctica asistencial.

Tabla 1. Diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones priorizados por más de la mitad de las enfermeras participantes, con rango de puntuación de 8 a 10.

Código diagnóstico	Enunciado NANDA-I	Número de veces priorizado entre 8 y 10 puntos
00146	Ansiedad	15/15
00054	Riesgo de soledad	12/15
00150	Riesgo de suicidio	11/15
00053	Aislamiento social	11/15
00214	Disconfort	9/15
00257	Síndrome de fragilidad del anciano	9/15
00069	Afrontamiento ineficaz	8/15
00198	Trastorno del patrón de sueño	8/15
Código de resultado	Enunciado NOC	Número de veces priorizado entre 8 y 10 puntos
1205	Autoestima	11/15
0300	Autocuidados: actividades de la vida diaria	10/15
1209	Motivación	9/15
1204	Equilibrio emocional	9/15
1211	Nivel de ansiedad	9/15
1212	Nivel de estrés	9/15
1614	Autonomía personal	9/15
2000	Calidad de vida	8/15
1402	Autocontrol de la ansiedad	8/15
0306	Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria	8/15
1625	Conducta de abandono de abuso de tabaco	8/15
Código de intervención	Enunciado NIC	Número de veces priorizado entre 8 y 10 puntos
4920	Escucha activa	14/15
5270	Apoyo emocional	14/15
5250	Apoyo en la toma de decisiones	13/15
7040	Apoyo al cuidador principal	13/15
7140	Apoyo a la familia	13/15
6340	Prevención del suicidio	12/15
7170	Facilitar la presencia de la familia	12/15
5820	Disminución de la ansiedad	11/15

4420	Acuerdo con el paciente	11/15
5290	Facilitar el duelo	11/15
4470	Ayuda en la modificación de sí mismo	10/15
6482	Manejo ambiental: confort	8/15
4480	Facilitar la autorresponsabilidad	8/15
5400	Potenciación de la autoestima	8/15
4340	Entrenamiento de la asertividad	8/15
5395	Mejora de la autoconfianza	8/15
1850	Mejorar el sueño	8/15

Tabla 2. Características definitorias y factores de riesgo principales, seleccionados tras consenso, para los diagnósticos enfermeros priorizados.

Diagnósticos enfermeros focalizados en problemas	Características definitorias priorizadas
00146 Ansiedad	Alteración del patrón respiratorio Angustia Aumento de frecuencia respiratoria Inquietud Irritabilidad Insomnio Nerviosismo Sufrimiento
00053 Aislamiento social	Actitud triste Ausencia de sistemas de apoyo Deseo de estar solo Hostilidad Inseguridad en público Problema discapacitante
00214 Disconfort	Ansiedad Cambios en el patrón de sueño Inquietud Irritabilidad Sensación de disconfort
Diagnósticos enfermeros de riesgo	Factores de riesgo priorizados
00054 Riesgo de soledad	Aislamiento social Deprivación afectiva
00150 Riesgo de suicidio	Aislamiento social Desesperanza Dolor crónico Duelo Impulsividad Manifiesta deseos de morir Pérdida de autonomía Soledad

Tabla 3. Indicadores principales, seleccionados tras consenso, para los criterios de resultado NOC priorizados.

Criterios de resultado NOC priorizados	Indicadores seleccionados
1205 Autoestima	Aceptación de críticas constructivas Aceptación de las propias limitaciones Cumplimiento de los roles significativos personales Nivel de confianza Sentimientos sobre su propia persona Verbalización de la autoaceptación
<i>Escala: Entre nunca positivo (1) y siempre positivo (5)</i>	
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria	Come Higiene Se viste
<i>Escala: Entre gravemente comprometido (1) y no comprometido (5)</i>	
1209 Motivación	Acepta las responsabilidades de las acciones Expresa creencia en la capacidad para realizar la acción Finaliza las tareas Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos Mantiene una autoestima positiva Obtiene el apoyo necesario Planes de futuro
<i>Escala: Entre nunca demostrado (1) y siempre demostrado (5)</i>	
1204 Equilibrio emocional	Mantiene el arreglo e higiene personal Muestra afecto adecuado a la situación Muestra concentración Muestra control de los impulsos Muestra estado de ánimo sereno Muestra interés por lo que le rodea Refiere capacidad para realizar las tareas diarias
<i>Escala: Entre nunca demostrado (1) y siempre demostrado (5)</i>	
1211 Nivel de ansiedad	Culpa Desasosiego Dificultad para la concentración Dificultad para resolver problemas Irritabilidad Nerviosismo
<i>Escala: Entre grave (1) y ninguno (5)</i>	

Imagen 1. Solapamiento de los componentes diagnósticos psicosociales priorizados organizados según el marco de once patrones de salud de Gordon.

Nota: Se presentan en mayúsculas los enunciados de las etiquetas diagnósticas y en minúsculas los diferentes componentes diagnósticos (características definitorias o factores relacionados).

Imagen 2. Solapamiento de los indicadores de resultado psicosociales priorizados organizados según el marco de once patrones de salud de Gordon.

Nota: Se presentan en mayúsculas los enunciados de las etiquetas de resultado y en minúsculas los diferentes indicadores.

Imagen 3. Correspondencia entre los componentes diagnósticos y los indicadores de resultado psicosociales priorizados organizados según el marco de once patrones de salud de Gordon.

Nota: Se rodean con línea roja los componentes diagnósticos y con línea de color verde los indicadores de resultado. En mayúsculas los enunciados que corresponden a etiquetas de NANDA-I y de NOC.

Tabla 4. Actividades priorizadas para las intervenciones NIC y correspondencia con la evidencia científica disponible.

Actividades seleccionadas para las intervenciones NIC priorizadas	Correspondencia con evidencia disponible
<p>4920 Escucha activa (8 actividades seleccionadas de un total de 17):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interés por el paciente. - Aclarar el mensaje mediante uso de preguntas y retroalimentación. - Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura). - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales). - Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar habilidades de escucha activa, estableciendo una relación terapéutica y tiempo "de calidad" con el paciente. <i>En un estudio con pacientes y familiares en un contexto de cuidados paliativos se demostró cómo entre las expectativas de los usuarios se incluían las habilidades de escucha por parte de los profesionales</i> (Ciemins et al, 2014). - Mostrar respeto por las características personales del paciente. <i>El respeto se configura como una expresión de veracidad que la otra persona pone en valor</i> (Grover, 2014). - Si el paciente presenta quejas somáticas inexplicables valorarlas adecuadamente para considerar si tales necesidades físicas presentan alguna relación con la soledad. <i>Es posible que nuestro cuerpo manifieste emociones a través de quejas físicas cuando dichas emociones no pueden ser adecuadamente expresadas</i> (Spencer, 2016). - Desarrollar una relación terapéutica positiva con el paciente; no hacer promesas que no se puedan cumplir. <i>Las enfermeras mantienen una relación de ayuda eficaz con pacientes en riesgo de suicidio ofreciendo un trato humano, de ayuda ante la vida, y conexión apropiada con los otros. Un soporte positivo puede contrarrestar ideas suicidas, así como interacciones conflictivas pueden significar lo contrario</i> (Hirsch & Barton, 2011; APNA, 2015). - Establecer una relación terapéutica con el paciente. <i>Un estudio sugiere que algunas circunstancias que contribuyen al aislamiento social son abordables desde la posición de enfermería comunitaria, la cual facilita los cambios necesarios</i> (Skingley, 2013). - Valorar la ideación suicida. <i>Desarrollar un entorno de protección para pacientes con idea suicida identificando aquellos que se encuentran en riesgo; la valoración enfermera global de ideación suicida es una herramienta validada para identificar dicho riesgo</i> (Adams, 2013). - Promover sentimientos de sinceridad entre el paciente y la enfermera. Para alcanzar mayor nivel de confort, el usuario debe confiar en el profesional. <i>Se ha demostrado la importancia de mantener una relación abierta con el paciente, lo cual ayuda a su individualidad. Conocer al paciente y allegados es esencial en la provisión de cuidados paliativos o terminales</i> (Kolcaba, 2014).

<p>5270 Apoyo emocional (6 actividades seleccionadas de un total de 17):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. - Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar la empatía para animar al paciente a interpretar síntomas como la ansiedad con normalidad. <i>El modo en que la enfermera interactúa con el paciente influye en su calidad de vida. Proveer soporte psicológico y social puede reducir los síntomas y problemas asociados con la ansiedad</i> (Wagner & Bear, 2009). - Si existen pensamientos irracionales de miedo, ofrecer al paciente información precisa y animarlo a hablar sobre el significado de los eventos que contribuyen a generar ansiedad. <i>En un estudio realizado en pacientes con cáncer a los que se proporcionó información precisa sobre su enfermedad, pronóstico y resultados, se redujo significativamente su ansiedad y aumentó el empoderamiento</i> (Lauzier et al, 2014). - Mostrar la relación entre un estilo de vida saludable, física y emocionalmente, y una actitud mental realista. <i>La ansiedad conlleva cambios fisiológicos y psicológicos y puede controlarse mediante técnicas de autoayuda</i> (Jiwani, 2016). - Expresar deseo de ayudar al paciente. Proveer educación sobre el suicidio y la efectividad de intervenir. Validar su experiencia de dolor/sufrimiento mientras se ofrece un entorno de seguridad. <i>La enfermera debe conciliar su objetivo de prevención del suicidio con el objetivo del paciente de aliviar su sufrimiento psicológico</i> (APNA, 2015).
<p>5250 Apoyo en la toma de decisiones (6 actividades seleccionadas de un total de 17):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. - Remitir a grupos de apoyo, según corresponda. - Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. - Proporcionar la información solicitada por el paciente. - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar formas de incrementar los sistemas de soporte del paciente. <i>Las enfermeras deben reconocer aquellas personas que necesitan ayuda debido a una situación de soledad y proveer soporte adecuado</i> (Kirkevoid et al, 2013). - Identificar sistemas de soporte para personas mayores. <i>Los centros de mayores son entornos ideales para ofrecer programas de salud basados en evidencia ante el rápido envejecimiento poblacional y para facilitar el mantenimiento de una buena salud e independencia</i> (Felix et al, 2014).
<p>7040 Apoyo al cuidador principal (7 actividades seleccionadas de un total de 31):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. - Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. - Determinar la aceptación del cuidador de su papel. - Admitir las dificultades del rol de cuidador principal. - Monitorizar la presencia de indicios de indicios de estrés. - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sistemas de soporte disponibles e involucrar a estas personas en los cuidados. <i>Según un estudio el soporte que proporcionan las enfermeras a pacientes y familiares es efectivo a la hora de establecer un enfoque positivo, bienestar mental y pensamientos para sentirse bien</i> (Mattila et al, 2014). - Derivar a los pacientes y cuidadores a grupos de apoyo si es necesario. <i>El cuidado de un familiar con dependencia física o mental puede producir un efecto negativo en sus cuidadores y una asistencia externa efectiva puede ser un factor para modificar los cambios que afrontan esas familias</i> (Thompson et al, 2014). - Los cuidadores no deberían despreciar el uso del humor en el cuidado de los pacientes. <i>Se ha comprobado que el humor promueve la salud y alivia el estrés percibido</i> (Roaldsen et al, 2015).

7140 Apoyo a la familia (4 actividades seleccionadas de un total de 39):

- Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

- Apoyar a la familia para que sea un soporte eficaz para el paciente en el afrontamiento de síntomas de ansiedad. *Paciente y familia/cuidadores deben reconocer y aceptar que las condiciones clínicas conllevan cambios en el estilo de vida y todos deben adaptarse lo mejor posible* (Vieira et al, 2015).
- Incluir a la familia, siempre que sea posible, en las actividades de educación a los pacientes, y ofrecer información precisa y completa. *Uno de los roles principales de la enfermera es asegurar la continuidad del cuidado en el contexto de los pacientes; por lo que la educación a éstos y a sus familiares es de lo más importante* (Marshall et al, 2015).