

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Crescencio Pérez Murillo

Servicio Aragonés de Salud
perez_grau@hotmail.com

Gonzalo Moreno Tobías

Universidad de Almería

Simón Iruela Sánchez

Universidad de Almería

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v4.1043>

Fecha de Recepción: 26 Febrero 2017

Fecha de Admisión: 1 Abril 2017

RESUMEN.

Introducción: La personalidad se define como el conjunto dinámico de características emocionales y de conducta que son únicas a cada persona. Según la American Psychiatric Association (APA), los trastornos de la personalidad corresponde a un conjunto de signos que producen una serie de alteraciones conductuales en las esferas emocional y afectiva que provocan problemas para la adaptación social y alteraciones en el comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto.

Objetivo: Conocer y determinar el papel de los cuidados de enfermería en los trastornos de la personalidad.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura científica publicada en las bases de datos PUBMED y SCIELO en enero y febrero del año 2017 con las palabras clave “personality disorder”, “nursing care”, “personality” y “primary care”.

Resultados: Los estudios analizados ponen de manifiesto que los cuidados de enfermería se orientarán en función de si la persona presenta una situación de crisis o presenta la estabilidad suficiente para adquirir conocimientos y habilidades que le ayuden con el manejo de su enfermedad.

En el caso de una situación de urgencia se deberá de valorar el riesgo vital y el grado de agresividad y se deberá de realizar una valoración por parte de psicología.

En el caso de un paciente estable, se deberá de realizar un proceso de valoración más extenso en las que las intervenciones irán encaminadas a realizar cambios en el estilo de vida.

Conclusiones: La consulta de enfermería de atención primaria capacita al paciente a resolver problemas y complicaciones que se presenten en aquellos pacientes en los que hay estabilidad emo-

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

cional, ya que permite el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento de la enfermedad y de disminución de la ansiedad. En este sentido se abre ante los profesionales nuevas estrategias y posibilidades de intervención para cubrir las necesidades emocionales y terapéuticas.

Palabras clave: Enfermería, personalidad, trastornos de personalidad, atención primaria.

ABSTRACT

Introduction: The personality is defined as the dynamic set of emotional and behavioral characteristics that are unique to each person. According to the American Psychiatric Association (APA), personality disorders correspond to a set of signs that produce a series of behavioral alterations in the emotional and affective spheres that cause problems for social adaptation and alterations in behavior that deviate from the expectations of the culture of the subject.

Objective: Know and determine the role of nursing care in personality disorders.

Methodology: A review of the scientific literature published in the PUBMED and SCIELO databases was carried out in January and February of 2017 with the keywords "personality disorder", "nursing care", "personality" and "primary care".

Results: The studies analyzed show that nursing care will be oriented according to whether the person presents a crisis situation or presents sufficient stability to acquire knowledge and skills that help him with the management of his illness.

In the case of an emergency situation, it is necessary to assess the vital risk and the degree of aggressiveness and an assessment must be made by psychology.

In the case of a stable patient, a more extensive evaluation process should be carried out in which the interventions will be directed to make changes in the lifestyle.

Conclusions: The primary care nursing consultation enables the patient to solve problems and complications that occur in those patients in whom there is emotional stability. It allows the development of effective strategies for coping with the disease and reducing anxiety. In this sense, new strategies and intervention possibilities are opened to professionals to cover their emotional and therapeutic needs.

Key words: Nursing, personality, personality disorders, primary care.

INTRODUCCIÓN:

En ciencias de la salud se define la personalidad como el conjunto dinámico de características emocionales, de pensamiento, conducta y actitudes que presenta un individuo a lo largo de su vida, que permanecen estables en el tiempo y que lo distingue de los demás individuos del grupo (American Psychiatric Association (APA), 2005). La personalidad influye en el estilo habitual de comportamiento, el modo de valorar la realidad, las motivaciones y el comportamiento habitual del sujeto.

La personalidad se encuentra formada por una serie de elementos y características psicológicas relativamente estables y consistentes denominadas *rasgo de personalidad* (APA, 2005; Haro, 2006). Los rasgos son por lo tanto conceptos psicológicos que indican las tendencias habituales de comportamiento del individuo (APA, 2005; Haro, 2006).

Los rasgos básicos de la estructura de la personalidad se pueden agrupar en los siguientes grupos (APA, 2005; Cardenal, 2007):

Extraversión: Se define como la capacidad de establecer relaciones con otros sujetos del ámbito cultural del sujeto, así como la capacidad de expresar las emociones (APA, 2005; Cardenal, 2007).

Estabilidad emocional: Se define como la capacidad para hacer frente de manera segura y adaptada a los acontecimientos de la vida cotidiana (APA, 2005; Cardenal, 2007).

Escrupulosidad: Se define como el grado de organización, esfuerzo y responsabilidad con que se lleva a cabo una determinada acción (APA, 2005; Cardenal, 2007).

Afabilidad: Se define como el grado de calidad y el estilo de las relaciones interpersonales (APA, 2005; Cardenal, 2007).

Apertura mental: Es un rasgo relacionado con el interés por la cultura y el conocimiento, la actitud receptiva a nuevas ideas y el valor dado a la tradición cultura (APA, 2005; Cardenal, 2007)

En consecuencia, la personalidad se desarrolla de acuerdo a un mundo subjetivo debido a que el individuo interpreta y valora la realidad de acuerdo con la visión que tenga de si mismo y sus intereses, influyendo a su vez en los rasgos que la definen (Blanco, 2006).

Sin embargo, no todos los profesionales de la salud comparten la convicción de que el comportamiento responda a predisposiciones estables en cada sujeto y, por otra parte, la personalidad es una construcción hipotética, un concepto que pretende proponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido (Blanco, 2006; Haro, 2006).

No obstante, se coincide en que la alteración de uno o varios rasgos de la personalidad provoca un trastorno de la personalidad (APA, 2005). Los trastornos de la personalidad corresponde, por lo tanto, a un conjunto de signos y síntomas que producen una serie de alteraciones conductuales en las esferas emocional y afectiva que provocan problemas para la adaptación social y alteraciones en el comportamiento que se aparta de las expectativas de la cultura del sujeto y de la realidad subjetiva del individuo (APA, 2005).

Autoconcepto: Actualmente los trastornos de la personalidad están descritos como una realidad subjetiva del individuo debido a que es el individuo quien percibe, interpreta y se valora a si mismo y al mundo que le rodea (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007). Por ello, los trastornos de la personalidad están basados en alteraciones del denominado autoconcepto, un rasgo de la personalidad que determina el nivel de aspiraciones del individuo, sus expectativas de logro y sentido de competencia, la calidad de la comunicación y relaciones que establece. El autoconcepto hace referencia a la organización de actitudes que tiene la persona hacia si misma (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007).

En consecuencia, las personas que aceptan a si mismas en logros y fracasos están mejor preparadas para aceptar y afrontar las exigencias y demandas de la vida que las personas que se autovaloran como incapaces o incompetentes (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007). Los componentes básicos del autoconcepto son:

Aspecto cognitivo (autoimagen): Son las creencias y opiniones que la persona tiene de si mismo. Tiene a su vez tres subcomponentes:

1. La autoimagen real, que es la percepción que tiene la persona de sus atributos y características (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007).

2. La autoimagen ideal, que es la representación de como al individuo le gustaría ser (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007).

3. La autoimagen social, que es la representación de uno mismo en función de lo que opinan los demás sujetos del grupo social (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007).

Componente evaluativo (autoestima): Indica el grado en que una persona se siente o no portadora de calores y cualidades significativas para si misma y la sociedad (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007). Se trata de un proceso de autoevaluación a través de tres mecanismos:

1. Por comparación entre la imagen real y la ideal, la congruencia entre ambas da como resultado un adecuado nivel de autoestima.

2. Por comparación entre las aspiraciones y logros personales alcanzados.

3. Por interiorización de la evaluación que los otros significativos realizan el individuo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Componente conductual, en función de los componentes anteriores adoptamos una tendencia a comportarnos respecto a nosotros mismos a lo largo del eje aceptación-rechazo. Representa todo aquello que hacemos con nosotros mismos (APA, 2005; Blanco, 2006; Warkefiel, 2007).

Clasificación de los trastornos de la personalidad:

Los trastornos de la personalidad se clasifican de acuerdo al rasgo de personalidad que se encuentre alterado.

Grupo A: Son aquellos sujetos que tienen alteraciones en la extraversión o estabilidad emocional, así como alteraciones en el aspecto conductual del autoconcepto (APA, 2005; Millón, 2006) En este grupo encontramos:

Trastorno paranoide de la personalidad: Se manifiesta por la presencia de ideas delirantes que provocan una desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva en el sujeto (APA, 2005; Millón, 2006).

Trastorno esquizoide de la personalidad: Se caracteriza por la disociación; ruptura de la realidad de la vida psiquiátrica a nivel de la inteligencia, del pensamiento, del afecto, de la voluntad de la vida de relación y de la forma de percibir la realidad, hay restricción de las relaciones sociales y la expresión emocional en el plano interpersonal (APA, 2005; Millón, 2006). Dentro de este grupo, los trastornos se pueden dividir en:

Simple, Solo se produce un empobrecimiento de la vida afectiva, con abandono de actividades, disminuye rendimiento escolar o se altera el ritmo del sueño.

Hebefrenica: Hay una regresión hacia comportamientos anteriores y escasamente organizados.

Catatónico: Suele aparecer en crisis de la enfermedad y como un paciente inmóvil, en extrañas posturas durante horas y días sin respuesta a estímulos y sin mímica.

Grupo B: Son aquellos sujetos que presentan alteraciones en la afabilidad. En este grupo encontramos:

Trastorno histriónico de la personalidad: Son sujetos que presentan conducta teatral, reactiva y expresada intensamente en relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación (APA, 2005; Millón, 2006).

Trastorno narcisista de la personalidad: Son sujetos con sentimientos de importancia y grandiosidad con fuertes fantasías de éxito y explotación interpersonal (APA, 2005; Millón, 2006).

Trastorno antisocial de la personalidad: Son sujetos con conducta antisocial continua y crónica, en donde se produce una violación de los derechos de los demás individuos (APA, 2005; Millón, 2006).

Grupo C: Son aquellos sujetos que presentan alteraciones en varios rasgos de la personalidad. En este grupo encontramos:

Trastorno por evitación: Son sujetos que presentan un patrón general de inhibición social, presentan sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza (APA, 2005; Millón, 2006).

Trastorno por dependencia: Son sujetos que presentan una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos, ocasionando un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación (APA, 2005; Millón, 2006).

Trastorno obsesivo-compulsivo: Son sujetos que presenta una preocupación excesiva por el orden, el perfeccionismo. Provocan control mental e interpersonal a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia (APA, 2005; Millón, 2006).

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo fue conocer y determinar el papel de los cuidados enfermeros

en los trastornos de la personalidad, así como capacitar al personal de enfermería para ayudar y entender a estos pacientes.

METODOLOGÍA:

Bases de datos

Se realizó una revisión sistemática de artículos en base a la literatura científica publicada de forma electrónica y consultada en los meses de enero y febrero del año 2017.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de artículos tanto originales como revisiones, guías y manuales, obtenidas a través de diferentes criterios de selección en las bases de datos *Pubmed* y *Scielo*. Seguidamente se realizó una búsqueda secundaria a través de la consulta de la referencia incluidas en los artículos primarios.

La búsqueda electrónica quedó descartada en las bases de datos específicas de enfermería tales como Cinahl o Cochrane, debido a la escasez documental encontrada a nivel de cuidados y/o implicaciones de la enfermería en la enfermedad de Alzheimer, con los criterios de búsqueda seleccionados para el resto de bases de datos y que contase con la suficiente evidencia científica como para ser incluida en el trabajo o que bien proporcionase alguna información útil para la elaboración del mismo.

Descriptores:

Los descriptores utilizados para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica fueron las palabras clave “*personality disorder*”, “*nursing care*”, “*personality*” y “*primary care*”

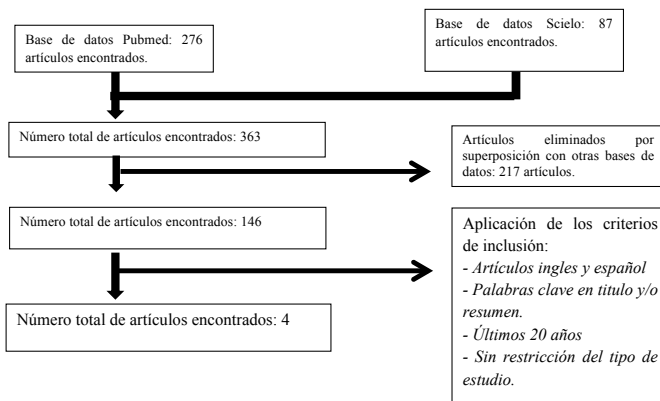
Se seleccionaron aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: el idioma de publicación debía ser inglés o español; que estuviesen publicados en los últimos veinte años; no se estableció ninguna restricción en el tipo de estudio y al menos algunas de las palabras clave debía de estar incluido en el título y/o resumen.

Fórmulas de búsqueda

La fórmula de búsqueda para nuestro trabajo fue : ***((Personality disorder) AND (Nursing care)) AND (Personality AND Primary care)***.

El algoritmo de búsqueda de la información se puede consultar en el gráfico 1.

Gráfico 1:
Algoritmo de búsqueda de la información.



RESULTADOS

Al analizar los resultados de la APA, (2005) y Linares, (2009) se puede evidenciar fácilmente la alta heterogeneidad que existe entre los diversos estudios, debido a los temas tan diversos que tratan sobre estas patologías.

Los estudios de Linares (2009) y Murcia (2009) ponen de manifiesto que la valoración del estado de salud por parte de enfermería provee las bases para el desarrollo de intervenciones y razonamientos clínicos que permiten mejorar la calidad de vida de los pacientes y superar la enfermedad.

Los cuidados de enfermería en los trastornos de personalidad en el ámbito de atención primaria se orientarán en función de si la persona afectada por la enfermedad presenta una situación de crisis o riesgo vital o si por el contrario presenta una etapa estable que le permita adquirir conocimientos y habilidades que le ayuden con el manejo de la enfermedad (Díaz, 2009).

Las situaciones de crisis en personas con trastornos de la personalidad cursan con elevados niveles de ansiedad y agitación psicomotora que pueden contribuir en la aparición de autolesiones e incluso el suicidio, ya que el bloqueo emocional les impide sentir y reconocer la emoción, el bloqueo cognitivo les impide comprender y razonar qué les está ocurriendo, y el bloqueo físico les puede llegar a impedir sentir y percibir su propio cuerpo (Linares, 2009; Murcia, 2009).

Con estos pacientes la valoración de enfermería que se realizará desde atención primaria, permitirá valorar el grado de riesgo vital y el grado de agresividad, por lo que permitirá tomar medidas de soporte vital hasta que el paciente sea trasladado a un centro hospitalario para valoración psicológica (Linares, 2009; Murcia, 2009).

Sin embargo, durante las situaciones de estabilidad, se sugiere realizar un proceso de valoración más extenso, ya que las intervenciones irán encaminadas a realizar cambios en el estilo de vida de los pacientes (Linares, 2009; Murcia, 2009).

Por ello, (Linares, 2009; Murcia, 2009), proponen que la enfermería debe de desarrollar un papel más activo en la educación de los pacientes que padecen la enfermedad y en la prevención de las complicaciones, ya que deben de presentar estrategias al paciente, que permitan implementarse con facilidad para apoyar y ayudar tanto en el reconocimiento como en el tratamiento de la enfermedad (Linares, 2009; Murcia, 2009; APA, 2005).

Desde este punto de vista, se sugiere la aplicación de la educación sanitaria a través de un modelo biopsicosocial, utilizando los siguientes pasos para conseguir una relación terapéutica adecuada (Linares, 2009; Murcia, 2009; APA, 2005):

Establecer una alianza educativa con el paciente: Esta alianza terapéutica se consigue a través de la relación sanitario-paciente y permite determinar los papeles de cada individuo en el desarrollo de la intervención educativa, a la vez que nos permitirá determinar los rasgos de personalidad alterados y nos permitirá conocer el nivel de autoconcepto del sujeto. (Piedrola, 2008).

Aconsejar a todos los pacientes: Todas las personas son susceptibles de recibir educación sanitaria, por lo que será necesario dar respuestas a las necesidades de información de los pacientes que lo soliciten de acuerdo a su edad, sexo, grado de instrucción, nivel cultural o nivel socioeconómico. (Piedrola, 2008).

Investigar los hábitos insanos de los pacientes: Será necesario determinar los conocimientos que tiene el paciente sobre las consecuencias negativas de sus hábitos para la salud, así como las actitudes y comportamientos anormales del paciente (Piedrola, 2008).

Seleccionar la conducta de salud que vamos a modificar: Se deberá de intervenir en aquellas conductas que supongan un grave riesgo para la salud del paciente o en su defecto, que provoquen alteraciones en el ámbito social y sean fáciles de modificar. (Piedrola, 2008).

Diseñar el plan educativo: La intervención educativa se deberá de basar en un plan educativo

basado en el conocimiento del paciente a través del establecimiento de objetivos de salud. Se deberán de integrar varias técnicas para conseguir la máxima eficiencia posible (Piedrola, 2008).

Ejecutar el plan educativo: Los mensajes emitidos deben de ser informativos y motivadores y capaces de provocar una modificación de la conducta del paciente; en donde el lenguaje utilizado deberá de estar adaptado a la edad y al grado de instrucción de los pacientes; la comunicación oral se deberá de combinar con la escrita y deberá promoverse la modificación de los factores ambientales que se oponen al cambio de conducta (Piedrola, 2008).

Monitorizar los progresos del paciente: Una vez llevado a cabo la intervención educativa, se medirá el grado de alcance de los objetivos marcados en el plan educativo., a través de consultas de seguimiento en donde se identificarán los obstáculos encontrados, así como las metas conseguidas (Piedrola, 2008).

DISCUSIÓN:

Actualmente los profesionales de enfermería a través del desarrollo de un plan de cuidados estandarizado, así como las intervenciones que se llevan a cabo dentro del mismo, permiten de resolver de forma muy eficiente los problemas de los pacientes, ya que permite el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento de la enfermedad y de disminución de la ansiedad y agresividad (Linares, 2009; Murcia, 2009).

Los principales diagnósticos enfermeros, así como sus resultados e intervenciones de enfermería se pueden consultar en la tabla 1, en la tabla 2 y en la tabla 3.

No obstante, para que el plan de cuidados se desarrolle de la manera más eficaz posible se deberá basar en una adecuada relación enfermero-paciente ya que deberemos de ganarnos la confianza del paciente así como brindarle el adecuado apoyo (Díaz, 2008).

Las principales intervenciones de enfermería deberán basarse en poner límites a su comportamiento; explicarle que se espera de él; no tolerar que el paciente viole los derechos de otros pacientes; comunicación entre el equipo para evitar manipulaciones; aplicar medidas de disciplinas claras; canalizar su enojo; observar al paciente, con quien y como se relaciona para evitar manipulación de otros pacientes y personal; explicar cuando, como y donde son inaceptables sus conductas; no frustrarse por la falta de progreso terapéutico y desarrollar una conducta segura y constante que les sirva como modelo de referencia (Linares, 2009; Murcia, 2009; APA, 2005).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Tabla 1:
Resultados e intervenciones para el diagnóstico enfermero ANSIEDAD

Diagnóstico de enfermería (NANDA) (00148) <i>Ansiedad</i> r/c amenaza para el estado de salud y estrés m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y trastornos psicológicos					
Resultados de enfermería (NOC)			Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades.	
		Evaluación Inicial probable	Evaluación probable al alta.		
(1402) Autocontrol de la ansiedad	(140216) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	1*	4*	(5820) Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamientos y pronóstico. • Escuchar con atención. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si es preciso. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Crear un ambiente que facilite la confianza.
	(140217) Controla la respuesta de ansiedad	3*	5*		
(1211) Nivel de ansiedad	(121101) Desasosiego	4**	5**	(5340) Presencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar una actitud de aceptación • Escuchar las preocupaciones del paciente. • Establecer contacto físico con el paciente para expresar consideración, si procede. • Permanecer con el paciente para dar seguridad y disminuir miedos • Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.
	(121119) Trastornos del sueño	1**	5**		
	(121117) Ansiedad verbalizada	3**	4**		
(1208) Nivel de depresión	(120835) Pensamientos recurrentes de muerte	4***	5***		

* 1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado.

** 1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; 5: Ninguno.

*** 1: Grave; 2: Sustancial; 3: Moderado; 4: Leve; 5: Ninguno.

Tabla 2:
Resultados e intervenciones para el diagnóstico enfermero AFRONTAMIENTO INEFICAZ

Diagnóstico de enfermería (NANDA) (00069) Afrontamiento ineficaz r/c falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante e incertidumbre m/p falta de resolución de los problemas y expresiones de incapacidad para el afrontamiento				Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades.
Resultados de enfermería (NOC)		Evaluación probable Inicial.	Evaluación probable al alta.		
(1302) Afrontamiento de problemas	(130201) Identifica patrones de superación eficaces	2*	3*	(5230) Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento • Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades • Fomentar un dominio gradual de la situación. • Disponer un ambiente de aceptación • Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
	(130205) Verbaliza aceptación de la situación	3*	3*		
	(130216) Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés.	3*	4*		
(1300) Aceptación del estado de salud	(130008) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	4**	5**	(5250) Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Servir de enlace entre el paciente y la familia. • Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
	(130011) Toma de decisiones relacionadas con la salud.	1**	5**		
	(130003) Calma	2**	4**		

* 1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado.

** 1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Tabla 3:
Resultados e intervenciones para el diagnóstico enfermero
DISPOSICION PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS

Diagnóstico de enfermería (NANDA) (00161) Disposición para mejorar los conocimientos m/p manifiesta interés en el aprendizaje y las conductas son congruentes con los conocimientos manifestados					
Resultados de enfermería (NOC)			Intervenciones de enfermería (NIC)	Actividades.	
		Evaluación probable Inicial.	Evaluación probable al alta.		
(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad	(180302) Proceso de la enfermedad	3*	4*	(5510) Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria. • Disponer lecciones para proporcionar el máximo de información. • Identificar los recursos necesarios para llevar a cabo el programa • Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo • Mantener una presentación centrada, corta y que comience y que termine con el tema principal. • Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.
	(180307) Curso habitual de la enfermedad	1*	3*		
	(180309) Complicaciones de la enfermedad	2*	4*		
(1805) Conocimiento: conducta sanitaria	(180503) Técnicas efectivas de control del estrés	2**	4**	(5520) Facilitar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede. • Repetir la información importante. • Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo. • Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje • Utilizar un lenguaje familiar.
	(180504) Patrones efectivos de dormir y despertar.	2**	3**		

* 1: Ningún conocimiento; 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso.

** 1: Ningún conocimiento; 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial; 5: Conocimiento extenso.

CONCLUSIONES

La consulta de enfermería de atención primaria capacita al paciente a resolver problemas y complicaciones que se presenten en aquellos pacientes en los que hay estabilidad emocional, ya que permite el desarrollo de estrategias efectivas de afrontamiento de la enfermedad y de disminución de la ansiedad.

Por lo tanto, y en este sentido se abre ante los profesionales de enfermería nuevas estrategias y nuevas posibilidades de intervención para cubrir las necesidades, mejorar la calidad de vida y los

hábitos de los pacientes a los que atienden para conseguir el mayor desarrollo físico, psíquico y personal posible a lo largo de la vida del individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2005). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. Rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bermúdez, J. (2007) *Psicología de la Personalidad*. Madrid: UNED.
- Blanco, C.; Moreno, P. (2006): *Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millón*. *Psiquiatría*, 10 (4).
- Cardenal, V.; Sánchez, P.; Ortiz, M. (2007) *Los trastornos de la personalidad según el modelo de Millón: una propuesta integradora*. *Clínica y salud* 18 (3) 305-324.
- Córdoba, R. (2003) *Educación sanitaria en las enfermedades crónicas*. *Atención Primaria*. 31:315-318.
- Díaz, L. (2008) *Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes*. Gran Canarias
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: Guía de práctica clínica*. Barcelona: Ars médica.
- Haro, J.; Palacin, C.; Vilagut, G.; y Martínez, M. (2006) *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. *Medicina Clínica* 126, (12):445-451.
- Izquierdo, A. (2002) *Temperamento, carácter, personalidad. Una aproximación a su concepto e interacción*. *Revista complutense de educación* 13, (2): 616-643.
- Linares, J. (2009) *La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistemática*. *Clínica y salud* 18, (3): 381-399.
- Livesley, W.: y Jang, K. (2008) *The behavioral genetics of personality disorder*. *Review of Clinical Psychology* 4:427-474
- Marriner, A.; y Raile, M. (2007) *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier España; 6ª Edición.
- Millón, T.; y Davis, R. (2006) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona Masson.
- Murcia, F. (2009) *Trastornos de la personalidad en pacientes con trastorno en la conducta alimentaria*. *Psicothema* 21, (1): 33-38
- Organización Mundial de la Salud. (2006) *Los determinantes sociales de la Salud. Los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Edición española, traducción de la 2ª Edición.
- Piedrola, G. (2009) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Ediciones Masson.
- Wakefield, J. (2007) *El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial*. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría* 5, (3): 149-155

