

## Caso clínico: cuando el cuidador se descuida. Abordaje familiar y comunitario

<sup>1</sup>Virginia García Moreno  
<sup>2</sup>Pedro Ruymán Brito-Brito  
<sup>3</sup>Eneida Palmero Tomé  
<sup>4</sup>Teodoro González Pérez  
<sup>5</sup>Gonzalo Duarte Climents  
<sup>6</sup>Pablo Jerez Herrera

<sup>1</sup>Enfermera residente de segundo año en Atención Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-I Sur. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

<sup>2</sup>Enfermero consultor. Programa de Formación Continuada en Metodología enfermera. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

<sup>3</sup>Enfermera comunitaria de enlace. Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

<sup>4</sup>Enfermero de Equipo de la Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

<sup>5</sup>Jefe de estudios Subunidad Sur. Unidad Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

<sup>6</sup>Trabajador Social de la Zona Básica de Salud Laguna Mercedes. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Dirección de contacto: ainigrivirginia1991@gmail.com

### Resumen

El apoyo psicosocial es una intervención prioritaria que necesitan los cuidadores de personas con ciertas enfermedades crónicas. La enfermera comunitaria de enlace es una figura del ámbito de Atención Primaria que orienta sus actividades hacia las personas mayores dependientes y sus cuidadores, tanto en centros asistenciales como en el domicilio, coordinando todos los recursos sociosanitarios.

El Sr. AG es un cuidador, de 80 años, con descuido personal, pluripatológico y polimedicado, que convive con su esposa, con una patología mental, y para cuyo cuidado ha claudicado. La innovación en el uso de herramientas de valoración enfermera permitió elaborar un plan de cuidados utilizando un lenguaje estandarizado con la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia científica. La mejora en el estado de salud del Sr. AG fue alcanzada gracias al plan de seguimiento, realizado en el ámbito interdisciplinar sobre el binomio cuidador-receptor del cuidado.

**Palabras clave:** cuidadores; anciano frágil; manejo de caso; procesos de enfermería; enfermería en salud comunitaria.

### Abstract

**Clinical case: when the caregiver does not care. A family and community approach**

Psychosocial support is a priority intervention needed by caregivers of people suffering certain chronic diseases. Community liaison nurse is a healthcare worker in Primary Care who is focused on dependent elderly people and their caregivers, both at institutions and at home, and coordinates all social and healthcare resources available.

Mr. AG is a 80-years-old caregiver who shows personal carelessness, suffers multiple disorders, and receives polypharmacy. He lives with his wife. She has a mental illness and Mr. AG has given up as her caregiver. Innovation in nursing assessment tools use allowed a care plan to be developed, based on a standardized language using NANDA-I, NOC, and NIC taxonomy, with evidence-based interventions. Mr. AG health status improved thanks to a multidisciplinary follow-up plan based on the caregiver-recipient binomial.

**Key words:** caregivers; fragile elderly; case management; nursing processes; community health nursing.

## Introducción

La patología mental es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en nuestro entorno y requiere tomar en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad más allá de los puramente biológicos (1). El cuidado de una persona con trastorno mental resulta complejo y puede repercutir de forma negativa en la salud de su cuidador. Se sabe que en la decisión de cuidar intervienen diversos factores y que estos pueden ir cambiando a medida que progresa el tiempo del cuidado. El género y la posición familiar son determinantes en la configuración de decisiones sobre aceptar o no el rol de cuidador (2). Tradicionalmente este papel ha sido asumido de forma mayoritaria por el género femenino, esposas e hijas. La asunción de dicha labor por el género masculino refleja significados, estrategias de afrontamiento y efectos diferentes, entre ellos: ausencia del sentimiento del deber moral de cuidar, asumido como una actividad que rompe con la dinámica de vida anterior, el sufrimiento emocional en la esfera afectiva y la consideración del tiempo de ocio como un bien preciado y necesario para poder seguir en la tarea de cuidar (3). Además de los factores mencionados, el aspecto económico, como ahorros y pensiones, juega un papel importante en la decisión de cuidar o delegar el cuidado. Cuidar de un familiar a tiempo completo es un evento vital que puede provocar resultados negativos, si existiera desbordamiento, como depresión y pérdida del estado de bienestar (4). Es frecuente la afectación del área psicosocial en los cuidadores quienes suelen experimentar estrés, frustración, ira, enfado, pérdida del rol social y de tiempo para el ocio. Aún así, se dan importantes repercusiones también en la salud física, sobre todo cuando se trata de cuidadores de edad avanzada. El descuido personal, por falta de tiempo e interés hacia uno mismo, y la sobrecarga pueden generar incumplimiento farmacológico, dieta inadecuada, mala higiene, o deterioro del aspecto físico, entre otros.

Una figura importante en Atención Primaria en los últimos años es la enfermera comunitaria de enlace (ECE), encargada de gestionar casos clínicos de personas mayores dependientes y sus cuidadores, tanto en los centros asistenciales como en el domicilio, y en coordinación con otros niveles de atención y recursos de la zona, sanitarios o sociales (5). La valoración integral que la ECE realiza del paciente lleva implícita la valoración de la persona cuidadora, destacando su labor tanto en la prevención del cansancio como en la atención cuando existe sobrecarga del cuidado. El apoyo psicológico es una de las intervenciones prioritarias que necesitan los cuidadores de otras personas con enfermedades crónicas (6). Por ello, el abordaje enfermero en este ámbito está muy orientado al área psicosocial, debiendo contar con competencias suficientes para obtener resultados favorables.

Los cuidadores mayores de personas dependientes precisan distintos recursos tanto del centro de salud como del hospital o de los ayuntamientos, incluso de carácter privado. Estos recursos, por ejemplo asociaciones de familiares, facilitan apoyo y descanso en la actividad de cuidar y deben ser conocidos por las enfermeras de Atención Primaria para su prescripción y beneficio terapéutico (7). La gestión de un caso clínico implica coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, facilitando el cauce de acciones comunes hacia el paciente y su familia, y asegurando además la continuidad asistencial en cualquier punto de un esquema complejo de funcionamiento sociosanitario (8). Los objetivos del estudio son: 1. Analizar la gestión del caso clínico mediante la recogida de información empleando distintas herramientas enfermeras de valoración. 2. Desarrollar un plan de cuidados empleando las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia científica.

## Descripción del caso

El Sr. AG es un paciente varón de 80 años que acude a consulta de ECE para solicitar ayuda por problemas de convivencia con su mujer, la Sra. GA, quien presenta una patología mental, depresión endógena con brotes psicóticos.

No padece de alergias conocidas y entre sus problemas de salud fundamentales destacan: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca con antecedentes de infarto agudo de miocardio, hiperuricemia y leucemia linfática crónica. El tratamiento farmacológico habitual es: bromuro de tiotropio, sitagliptina, bisoprolol, ramipril, digoxina, acenocumarol y alopurinol. Tiene prescrito, además, oxígeno domiciliario. Acude a citas con especialistas hospitalarios: hematólogo, neumólogo y cardiólogo. Valores de la última analítica: hematíes  $5,06 \times 10^6/\text{mm}^3$ ; hemoglobina 15,4 g/dl; hematocrito 47,5%; plaquetas  $129 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; creatinina 1,4 mg/dl; glucosa basal 97 mg/dl; colesterol total 145 mg/dl; ácido úrico 12,1 mg/dl; GOT/GPT/GGT 25/14/76 U/L. Signos vitales: tensión arterial 140/90 mm de Hg; frecuencia cardiaca 62 por minuto; glucemia aleatoria 131 mg/dl y saturación de  $\text{O}_2$  del 88%.

Se identifica como cuidador principal de su esposa. No recibe ninguna prestación y la casa es de su mujer, quien sí cobra una pensión de la cual dependen ambos económicamente. Acude semanalmente a una organización no gubernamental don-

de le dan alimentos a los cuales debe ajustar su dieta semanal. Es hiperfrecuentador en el centro de salud visitando semanalmente a profesionales de medicina, enfermería y trabajador social, y precisando además de otros servicios como la policía local cuando su mujer presenta alteraciones conductuales importantes. Hace un año se realizó una intervención familiar multiprofesional con la única hija del paciente logrando mayor implicación en los cuidados de su madre y el alivio en la carga del Sr. AG. En los últimos cuatro meses la situación ha empeorado ante el incumplimiento de la Sra. GA con su tratamiento antipsicótico. Esto ha generado mayor demanda de cuidados a nuestro paciente suscitando su propio cuidado personal: pérdida de peso, incumplimiento terapéutico, falta de aseo, descuido de la imagen, problemas de sueño, abandono de sus actividades de ocio, ansiedad y frustración.

## Valoración general

Para proceder a una mejor comprensión de la situación del paciente, sus vivencias, expectativas y necesidades empleamos la valoración por patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Fue considerada como una herramienta útil para el abordaje de este caso, pues permite detectar la dinámica del cambio en el estado de salud del Sr. AG y sus necesidades de cuidado a lo largo del tiempo (9). La valoración y revaloración de cada PFS durante las sucesivas visitas permitió determinar la funcionalidad o disfuncionalidad de los mismos enunciando las necesidades del paciente mediante diagnósticos enfermeros (10).

Se procede al análisis de las valoraciones previas recogidas en la historia de salud electrónica por los distintos profesionales desde 2007, fecha desde la que consta el primer registro, hasta la actualidad, para así mejorar la comprensión de la evolución del caso. En la historia clínica informatizada del Servicio Canario de la Salud, Drago AP, las enfermeras identifican cada patrón de salud como funcional, en riesgo de alteración o disfuncional. A lo largo del tiempo la información correspondiente a los patrones de eliminación, cognitivo-perceptivo y sexualidad-reproducción, se ha evaluado como funcional o no relevante para la situación clínica de Sr. AG.

En la Tabla 1 se muestran los resultados alterados o en riesgo de alteración para el resto de patrones valorados a lo largo del periodo descrito, así como los factores que determinan su resultado. De forma gráfica, se puede establecer una relación temporal entre el comienzo de la disfuncionalidad de los patrones y los primeros indicios de sobrecarga en el cuidado hasta su claudicación completa (descuido personal, no adherencia al tratamiento terapéutico, alteración del sueño, ansiedad, etc.).

**Tabla 1.** Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
1. Manejo - percepción del estado de salud	≥ 4 fármacos EPOC Persona mayor de riesgo (PMR)	≥ 4 fármacos EPOC PMR	≥ 4 fármacos EPOC PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR No adherencia terapéutica al O <sub>2</sub> pautado. PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: REGULAR No adherencia terapéutica al O <sub>2</sub> pautado. PMR	≥ 4 fármacos EPOC 80 años Percepción del estado de salud: MALA No adherencia terapéutica al O <sub>2</sub> pautado. PMR
Resultado	RA	RA	RA	RA	D	D	D	D

Tabla 1. Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
2. Nutricional-metabólico	Estado regular de la dentición Piel seca Grietas cutáneas en manos No conoce dieta para diabetes	Se salta alguna comida Piel seca No conoce dieta para diabetes	No consume leche todos los días Apetito disminuido No conoce dieta para diabetes	Consumo de leche, frutas y verduras inadecuado No conoce dieta para diabetes Se salta alguna comida Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca	Apetito disminuido IMC 27,1 kg/m <sup>2</sup> No conoce dieta para diabetes Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida	Apetito disminuido Mal estado de la dentición, prótesis parcial Piel seca No cumple dieta diabética Se salta algunas comidas Pérdida de > 5 kg en el último mes Recibe ayuda económica para la comida
Resultado	D	D	D	D	D	D	D	D
4. Actividad - ejercicio	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario	Disnea, oxígeno domiciliario Dificultad para caminar Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar	Disnea, oxígeno domiciliario No hace actividad física Aspecto desaliñado Limpieza deficiente del hogar
Resultado	RA	RA	RA	RA	D	D	D	D
5. Sueño - descanso	F	F	F	F	Sueño intermitente	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño	Sueño intermitente Dificultad para conciliar el sueño Ayudas farmacológicas para dormir Bajo nivel de energía durante el día
Resultado					RA	RA	RA	D

**Tabla 1.** Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
7. Autocontrol - autoconcepto	F	F	F	Ansiedad Preocupación por el empeoramiento del estado de salud de su mujer y por la situación económica Se encuentra desganado	Ansiedad Sobrecarga del cuidado de su mujer Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado Referencias continuas al tema de la muerte	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles por el empeoramiento del estado de salud de ella Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Sobrecarga en el cuidado	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Sobrecarga	Ansiedad Relación de convivencia y cuidado de su esposa cada vez más difíciles Preocupación por la situación económica Se encuentra desganado No está satisfecho consigo mismo Necesita tiempo para él mismo Frustración Sobrecarga física y emocional
Resultado				D	D	D	D	D
8. Rol - relaciones	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Duelo, pérdida de dos hijos hace 51 y 49 años	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga leve	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Problemas de convivencia Relaciones familiares alteradas Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Sobrecarga en el cuidado Problemas de convivencia Relación familiar: mala Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa	Cuidador principal de su esposa (enf. mental) Sobrecarga en el cuidado Problemas de convivencia Relación familiar: mala Índice de esfuerzo del cuidador: elevado nivel de esfuerzo Índice Zarit: sobrecarga intensa
Resultado	RA	RA	RA	D	D	D	D	D

**Tabla 1.** Evolutivo de valoraciones por patrones de salud de M. Gordon en los que se identificó disfunción (continuación)

Patrón / Fecha	2007	2008	2009	Sep 2013	Dic 2013	Mar 2014	Abr 2014	Ago 2014
10. Adaptación - tolerancia al estrés	F	F	F	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles Ayuda farmacológica para la relajación Ideas recurrentes de suicidio compartidas con su mujer	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo regular de las situaciones difíciles Se encuentra más animado desde que su mujer está más colaboradora	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo de las situaciones difíciles: MALO Crisis conyugal, se encuentra desbordado, solicita ayuda urgente	Empeoramiento del estado de salud de su mujer Manejo de las situaciones difíciles: MALO No quiere continuar con el cuidado Rabia y frustración
Resultado				D	D	D	D	D
11. Valores - creencias	F	F	F	F	F	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones por necesitar alejarse de su esposa y necesitar estar con ella al mismo tiempo	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones	Preocupación por su futuro y situación económica Conflicto de decisiones
Resultado						D	D	D

Funcional: F; riesgo de alteración: RA; disfuncional: D; PMR: persona mayor de riesgo.

Para completar la valoración del paciente y orientar hacia las hipótesis diagnósticas, se empleó un instrumento válido y fiable a tal efecto, el "Cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial", CdePS. Se trata de una herramienta de ayuda al diagnóstico que ofrece como resultado etiquetas psicosociales no definitivas que deben ser corroboradas por el profesional de enfermería, quien conoce la historia completa del paciente y puede aportar una visión integral de sus problemas. El CdePS está formado por 61 ítems con respuesta tipo escalas de Likert con cuatro opciones (siempre/muchas veces o mucho/pocas veces o poco/nunca o nada) y del tipo dicotómicas (sí/no); por ejemplo: Ítem 18. En el último año, ¿ha perdido a algún ser querido? Esta herramienta ofrece el enunciado de hasta 28 etiquetas diagnósticas psicosociales agrupadas en seis dimensiones (percepción-manejo de la salud, conducta-interacción social, emocional-autopercepción, cuidador-sobrecarga, pérdida-duelo, trastorno de imagen) (11). El CdePS se aplicó en dos ocasiones diferentes, con un margen

de tiempo de un año, lo que ha permitido analizar la evolución de la situación hacia un empeoramiento de la misma. Finalmente, se realizó el genograma del paciente y un ecomapa (12) para valorar el contexto sociofamiliar en el que se encontraba realizando la actividad del cuidado. Se trata de dos herramientas de valoración de la estructura familiar que reflejan la complejidad de las relaciones interpersonales entre los distintos miembros y de estos con la comunidad. El genograma ofrece una representación gráfica de la estructura familiar a través de símbolos estandarizados así como el tipo de relación entre cada uno de los miembros. El ecomapa representa gráficamente la relación entre la familia y la comunidad y ayuda a evaluar las redes y el apoyo social disponible así como el uso de los recursos por parte de la familia.

El Sr. AG convive con su mujer con quien mantiene una relación "cercana-hostil". Perdieron a dos de sus hijos con edades muy tempranas, y mantiene una relación "de armonía" con su hija de 50 años, y "de normalidad" con sus dos nietos. En relación al uso de recursos comunitarios del Sr. AG se establece una relación "fuerte", el paciente usa con frecuencia los recursos sanitarios, culturales, actividades de ocio, servicios municipales etc. La Sra. GA mantiene una relación de "indiferencia, apatía" hacia sus nietos, y "cercana, hostil" "concentrada en" el Sr. AG; con respecto a los recursos comunitarios, destaca la relación "estresante o conflictiva" hacia los servicios sociosanitarios y municipales y una relación "tenue" hacia los recursos de ocio y cultura (Figura 1).

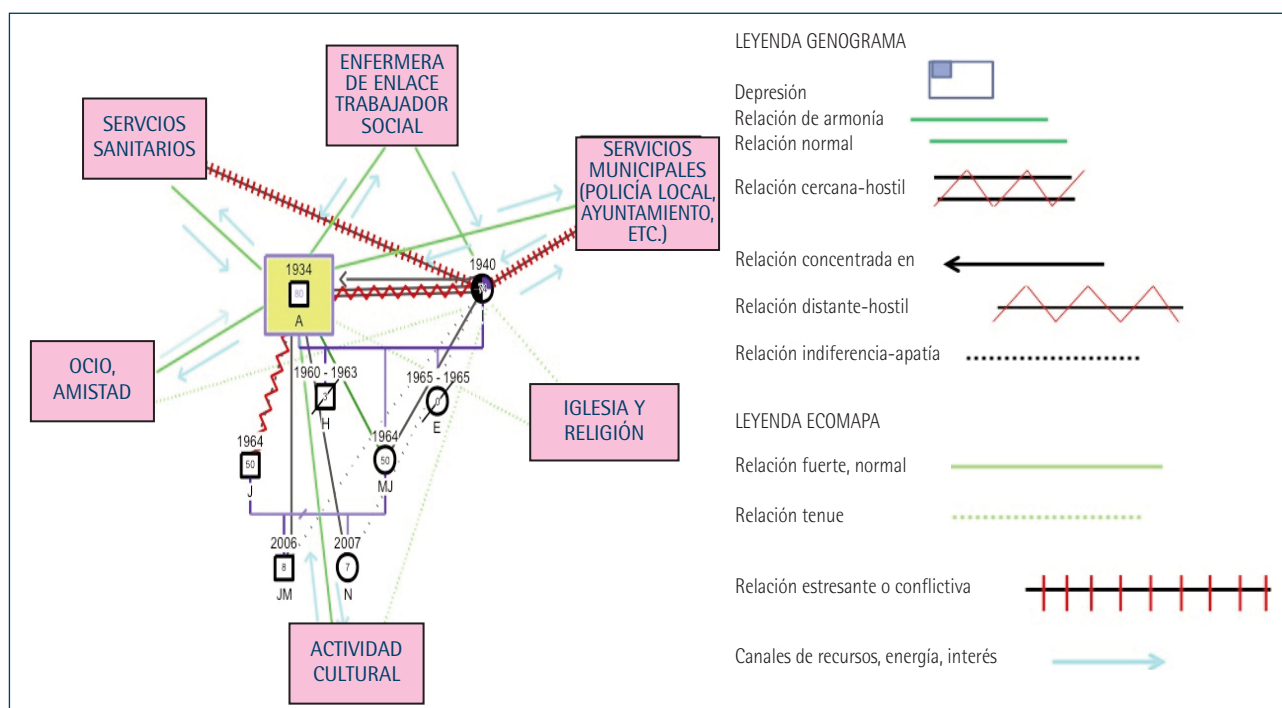


Figura 1. Relaciones

## Diagnóstico

Con base en los resultados de disfuncionalidad en la valoración por patrones y a los datos arrojados por el CdePS se plantearon una serie de hipótesis diagnósticas que se relacionaron con el método AREA (13) para su priorización y puesta a prueba. Estas fueron: desesperanza, impotencia, cansancio del rol del cuidador, aflicción crónica, afrontamiento familiar incapacitante, ansiedad, conflicto de decisiones, sufrimiento espiritual, trastorno del patrón del sueño, deterioro del mantenimiento del hogar, patrón respiratorio ineficaz, incumplimiento terapéutico, descuido personal y desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.

Los diagnósticos enfermeros seleccionados desde un enfoque bio-psico-social fueron finalmente:

00193 Descuido personal R/C agente estresantes vitales M/P higiene personal inadecuada, higiene del entorno inadecuada.

00061 Cansancio del rol de cuidador R/C brindar los cuidados durante años, incapacidad para satisfacer las expectativas



propias, salud inestable del receptor de los cuidados M/P estrés, falta de tiempo para las necesidades personales, frustración, trastornos del sueño, cambios ponderales, fatiga, no participación en la vida social.

## Planificación y ejecución de los cuidados

Los objetivos del plan de cuidados para el Sr. AG se seleccionaron empleando la clasificación estandarizada de la NOC (14). Para las actividades a poner en marcha, se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed y se seleccionaron aquellas intervenciones de enfermería de la clasificación NIC (15) que contaban con evidencia científica en su aplicación y fuesen adecuadas al caso clínico que presentamos.

En las Tablas 2 y 3 se muestra de forma pormenorizada cada diagnóstico enfermero junto a los resultados esperados, con sus indicadores de medida, estado actual y deseado, y las intervenciones apoyadas por la evidencia disponible.

Tabla 2. Plan de cuidados para descuido personal				
NANDA 00193 Descuido personal	Factores relacionados Agentes estresantes vitales		Características definitorias Higiene personal inadecuada Higiene del entorno inadecuada	
	NOC 2006 Estado de salud personal	Estado actual	Estado deseado	Tiempo estimado alcance de objetivo
	Puntuación general del objetivo	2- sustancialmente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 1: pauta de sueño descanso	3- moderadamente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 2: nivel de confort	2- sustancialmente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
	Indicador 3: peso	3- moderadamente comprometido	4- levemente comprometido	2 meses
NIC 5606 Enseñanza: individual	<b>Actividades</b> Determinar las necesidades de enseñanza del paciente Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad) Reforzar la conducta, si se considera oportuno	<b>Evidencia disponible</b> Ozkan B, Erdem E, Demirel Osoy S, Zararsiz G. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. Pak J Med Sci 2013 Sep; 29(5):1122-7 McWilliams S, Hill S, Mannion N, Fetherston A, Kinsella A, O'Callaghan E. Schizophrenia: A five- year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. Eur Psychiatry 2012; 27(1):56-61		



Tabla 3. Plan de cuidados para Cansancio del rol de cuidador

NANDA 00061 Cansancio del rol de cuidador	Factores relacionados		Características definitorias	
	Brindar los cuidados durante años Salud inestable del receptor de los cuidados Incapacidad para satisfacer las necesidades propias		Estrés Falta de tiempo para las necesidades personales Frustración Trastornos del sueño Cambios ponderales Fatiga No participación en la vida social	
NOC 2508 Bienestar del cuidador principal		Estado actual	Estado deseado	Tiempo estimado alcance de objetivo
	Puntuación general del objetivo	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	3 meses
	Indicador 1: satisfacción con la salud física	1- no del todo satisfecho	2- algo satisfecho	2 meses
	Indicador 2: satisfacción con la salud emocional	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	2 meses
	Indicador 3: capacidad para el afrontamiento	1- no del todo satisfecho	3- moderadamente satisfecho	2 meses
NIC 7040 Apoyo al cuidador principal	<b>Actividades</b> Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/ o cuidados de enfermería comunitarios Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo		<b>Evidencia disponible</b> Mentis M et al. Efficacy of a support group intervention on psychopathological characteristics among caregivers of psychotic patients. <i>Int J Soc Psychiatry</i> ; 2014 Zeng L. Responsibility and burden from the perspective of seniors' s familiy caregivers: a quialitative study in Shanghai, China. <i>Int J Clinic Exp Med</i> 2014 Jul 15; 7(7):1818-28	
NIC 5270 Apoyo emocional	<b>Actividades</b> Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, la ira o tristeza Escuchar la expresión de sentimientos y creencias Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional		<b>Evidencia disponible</b> Steiner et al. Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. <i>J Neurosci Nurs</i> 2008 Feb; 40 (1):48-54 Loureiro Lde S, Fernandes Md, Marques S, Nóbrega MM, Rodrigues RA. Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers. <i>Rev Esc Enferm USP</i> . 2013 Oct;47 (5):1133-40	

### Evolución y seguimiento

Para la ejecución de las intervenciones enfermeras seleccionadas se programó una visita domiciliaria semanal acordando con el paciente la hora de mayor conveniencia según el estado de su esposa y seguimiento telefónico semanal.

**Primera visita domiciliaria:** se realiza una valoración del estado del domicilio, que se encuentra deteriorado y con pocas condiciones de higiene, se toma las constantes al paciente y su esposa y se revisa del tratamiento farmacológico de ambos. El paciente presenta aspecto desaliñado. Tras constatar que su esposa no cumple con el tratamiento antipsicótico (medicación mensual de administración intramuscular) desde hace cuatro meses, se gestiona cita de la paciente con la unidad de salud mental para una valoración e instaurar de nuevo el tratamiento. Se insiste en mantener el oxígeno domiciliario del paciente durante toda la visita y asesoramiento en la importancia de cumplir con el número de horas pautadas del mismo en relación a su patología. Se comenta la posibilidad de adquirir una bolsa de transporte para el equipo de oxígeno.

**Seguimiento telefónico:** se realiza una llamada telefónica a final de la semana para acordar la continuación del tratamiento de la esposa del paciente con la medicación antipsicótica tras consulta con la unidad de salud mental. Se programa una visita domiciliaria para la próxima semana administrar el mismo. El paciente refiere que se siente aliviado al percibir la ayuda de los profesionales del centro de salud tanto en su domicilio como por teléfono. Solicita tramitar el informe para el servicio de ayuda a domicilio (SAD) para el mantenimiento del hogar (previa información aportada).

**Segunda visita domiciliaria:** se toman las constantes vitales del paciente y su esposa, y se administra a esta la medicación antipsicótica de mantenimiento. El paciente se encuentra con mejor estado de ánimo y mejor aspecto físico. Nos recibe con el oxígeno domiciliario puesto. Se le ofrece la alternativa de que su esposa acuda a un centro de día que cumpla con el perfil del tipo de enfermedad que padece y él pueda descansar ese periodo de tiempo. Se comenta con la esposa, quien parece mostrarse reacia a la opción en un principio.

**Seguimiento telefónico:** se realiza una llamada telefónica a final de la segunda semana para concretar próxima visita domiciliaria en presencia de su hija. Se comenta la progresión de la semana favoreciendo el desahogo y la escucha activa con el paciente.

**Tercera visita domiciliaria:** el paciente refiere que su esposa se encuentra más calmada por las noches y él ha podido descansar los últimos días. Se expone la situación de falta de adherencia terapéutica a su hija quien no estaba al tanto. Se solicita de nuevo mayor colaboración de esta en los cuidados de su madre, ya que había dejado de participar tras los dos meses de la entrevista familiar realizada hace un año en el centro de salud. Se propone de nuevo a la señora la opción de acudir a un centro de día y en esta ocasión se muestra más convincente.

**Cuarta visita:** el paciente acude al centro de salud con gran estado de ansiedad ante la alteración de comportamiento de su esposa. Refiere que no ha dormido nada y presenta dificultad respiratoria: TA 145/85; FC: 75 lpm; SatO<sub>2</sub>: 89%. No transporta el oxígeno y se le administra en el centro. Se le tranquiliza enseñándole la técnica de respiración profunda en la consulta. Tras una entrevista guiada con preguntas abiertas se favorece el desahogo y la expresión de emociones, en la que el paciente cuenta que considera necesario la institucionalización de su esposa, aunque eso le genera un gran sentimiento de tristeza y ansiedad. Se concierta cita con el trabajador social y se programa próxima visita en el domicilio

Los cuidados prescritos para los problemas Descuido personal y Cansancio del rol de cuidador se planificaron para un tiempo mínimo de dos meses. No obstante hemos comprobado que las intervenciones realizadas hasta el momento han permitido alcanzar una mejora parcial en los resultados NOC Estado de salud personal y Bienestar del cuidador principal, pasando en sus puntuaciones generales de 2 (sustancialmente comprometido) a 3 (moderadamente comprometido) y de 1 (no del todo satisfecho) a 3 (moderadamente satisfecho), respectivamente.

## Discusión e implicación para la práctica clínica

En el caso presentado se constató que la mejora en el estado de salud del Sr. AG fue alcanzada como consecuencia del plan de seguimiento descrito, realizado a nivel interdisciplinar sobre el binomio cuidador-receptor del cuidado. Fue prioritario incrementar la adherencia farmacológica de la Sra. GA lo cual permitió la consecución de resultados favorables en su esposo quien mostraba mejor aspecto físico e higiene personal y refería mayor descanso nocturno y percepción de apoyo profesional gracias al incremento en el seguimiento, tanto en domicilio como telefónico.

Identificar y aplicar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica permite ofrecer una respuesta individualizada a los pacientes al atender a las preferencias, necesidades y valores de estos, incrementando los beneficios para ellos y aumentando la eficacia de nuestra práctica.

Emitir juicios diagnósticos enfermeros precisa de una valoración completa y suficiente del paciente y su familia que posibilite un adecuado proceso de razonamiento clínico enfocado a la identificación de problemas, sobre todo en el área psi-

cosocial. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon son útiles para evaluar la dinámica de cambio en el proceso de salud-enfermedad, a lo largo del tiempo. Para un correcto análisis de los datos recogidos en la valoración es fundamental que las enfermeras que intervienen en la asistencia al paciente se esfuercen en un registro fehaciente y empleen las distintas herramientas que la historia de salud electrónica ofrece. Complementar instrumentos novedosos para áreas específicas de valoración, como el "Cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial", CdePS, con otros ya conocidos como el genograma y el ecomapa favorece la aproximación diagnóstica a la realidad de necesidades del paciente y puede resultar muy útil en la planificación de los cuidados.

El uso de los lenguajes estandarizados de cuidados, taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, ofrece un marco de registro clínico favorable para la presentación y gestión de casos en los que se trabaja sobre problemas tan importantes como el descuido personal y el cansancio en el rol de cuidador, tal y como sucede en el caso expuesto. Planificar cuidados en el área psicosocial, más allá de la esfera biológica de los problemas de salud, precisa desarrollar una serie de competencias, habilidades y actitudes, las cuales deben ajustarse a un perfil de enfermera de práctica avanzada en atención familiar y comunitaria.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- [1] Díaz González CL (coord.). Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Tenerife: Gobierno de Canarias; 2008.
- [2] Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2010.
- [3] Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Púb [Internet]*. 2009 [citado 01 jun 2015];27(1):50-5. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12027109>
- [4] Scanduzzi Valente MR, Rodrigues Perracini M, Liberalesso Neri A. Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non caregivers. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2014 [citado 01 jun 2015];19(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>
- [5] Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud. Dirección General Programas Asistenciales; 2006.
- [6] Grapsa E, Pantelias K, Ntenta E, Pipili C, Kiousi E, Samartzis M, Karagiannis S, Heras P. Caregiver's experience in patients with chronic diseases. *Soc Work Health Care*. 2014 Aug; 53(7):670-8.
- [7] Pérez Vico-Díaz de Rada L, González Suárez M, Duarte Clíments G, Brito Brito PR. Prescripción de recursos comunitarios para la mejora del autocuidado en enfermedades crónicas. *Gestión de un caso clínico en Atención Primaria*. *Enf Clin* 2014; 24(4): 254-60.
- [8] Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [9] Gordon M. Patrones funcionales de salud: una estructura para la valoración. En: Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 74-109.
- [10] Herdman H. NANDA-I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
- [11] Brito Brito PR, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enferm Clin* 2012; 22(3):126-34.

- [12] Pereira AP, Teixeira GM, Bressan Cde A, Martini JG. The genogram and the eco-map in family health nursing care. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(3):407-16.
- [13] Kautz D, Kuiper R, Pesut D, Williams R. Using NANDA, NIC and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *Int J Nurs Term & Clas* 2006; 17(3):129-38.
- [14] Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- [15] Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.