



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de Cuidados para adultos diagnosticados de depresión mayor y
con la etiqueta NANDA ansiedad.

Autor/a: Marta Villagrasa Alloza

Tutor/a: Esther Samaniego

ÍNDICE

Resumen.....	3-4
Introducción.....	5-6
Objetivos.....	7
Metodología.....	8-10
Consideraciones éticas.....	11
Desarrollo.....	12-17
Discusión.....	18
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	20-23
Anexos.....	24-27

RESUMEN

En los últimos años, la depresión mayor en adultos se ha situado como uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en la población. En Europa la prevalencia estimada es del 6,1% y en España, según el estudio ESEMeD, es del 10,6%.

Otra preocupación asociada al trastorno depresivo es su alta comorbilidad con otros problemas psicológicos como la ansiedad, cuya asociación se produce en el 41,7% de los casos.

A pesar de la evidencia científica y las recomendaciones realizadas por importantes informes fundamentados empíricamente como el del National Institute for Health and Clinical Excellence, los tratamientos farmacológicos siguen siendo la terapia de elección. Por lo que el propósito del estudio era exponer técnicas alternativas en el tratamiento de estos trastornos a través de un plan de cuidados estandarizado.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la depresión, la ansiedad y sus elecciones terapéuticas en diferentes bases de datos y revistas especializadas. Posteriormente se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC para la realización del plan de cuidados.

Tras la finalización del estudio, se concluyó que son necesarias intervenciones alternativas al tratamiento farmacológico que mejoren la calidad de vida de estos pacientes, y que la realización de planes de cuidados para ello, disminuye la variabilidad asistencial y dota de contenido científico la profesión de enfermería.

ABSTRACT

In the last years, the major depression in adults has placed itself as one of the most prevalent psychological disorders in the population. According to the ESEMeD study, the estimated prevalence is 6,1 % in Europe and 10,6% in Spain. Another worry associated with the depressive disorder is its high comorbidity with other psychological problems as the anxiety, which association takes place in 41,7% of the cases.

In spite of the scientific evidence and the recommendations suggested by important and empirically based reports, as that of the National Institute for Health and Clinical Excellence, the pharmacological treatments continue being the therapy of choice. This is why the intention of the study was to expose alternative technologies in the treatment of these disorders using a standardized care plan. For that, a bibliographical research about the depression, the anxiety and their therapeutic choices was done in several databases and specialized publications. Later the NANDA, NIC and NOC taxonomies were used for the accomplishment of the care plan.

By the end of the study, the conclusions were that alternative interventions to the pharmacological treatment are necessary to improve the lifequality of these patients and that the establishment of care plans for it, decreases the variability of care and confers to nursing profession a scientific content.

INTRODUCCIÓN

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, se establece en función de su gravedad, la suma de síntomas y el tiempo de duración del cuadro, criterios incluidos en los sistemas diagnósticos DSM IV y CIE-10.^{1,2}

Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de la cuarta causa de discapacidad en el mundo, y se prevé que en el año 2020 se convierta en la segunda, después de las enfermedades cardiovasculares. Actualmente, afecta en el mundo a unos 350 millones de personas. En los últimos años ha llegado a situarse como uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general. En Europa se estima que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es del 6,1% para personas entre 18 y 65 años. En población española, según el estudio ESEMeD, la prevalencia de la patología es del 10,6% en adultos a lo largo de su vida. Existe una clara e importante asociación entre el sexo femenino y la depresión mayor, pudiendo ser parcialmente explicable por variaciones en las exposiciones sociales y ambientales.

Se estima además, que un 15 % de la población general experimenta al menos un episodio depresivo mayor en algún momento de la vida, en el 75% de los casos esta depresión responde a desórdenes afectivos, un 12% al trastorno bipolar y un 10% es secundario a una enfermedad médica.^{3,4,5,7.}

Otra de las preocupaciones asociadas al trastorno depresivo, es su alta comorbilidad con otros problemas psicológicos y físicos. El 41,7% de las personas con un trastorno depresivo sufre además un trastorno de ansiedad. Además se trata del trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas de suicidio, siendo el porcentaje de personas con depresión que presentan este riesgo de un 28%. Unas 58.000 personas se suicidan cada año en la Unión Europea.^{4,6,8}

A pesar de la evidencia científica y las recomendaciones realizadas por importantes informes fundamentados empíricamente como el del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), los fármacos antidepresivos continúan siendo el tratamiento estándar para el trastorno depresivo mayor.

Por ello, cada vez son más, incluida la OMS, los que recomiendan la combinación del tratamiento farmacológico con otro tipo de tratamiento, como las terapias cognitivo-conductuales, la relajación, el ejercicio físico, etc.^{3,9}

Es sorprendente que en atención primaria la patología no sea reconocida en la mitad de los casos. Estas dificultades diagnósticas podrían deberse a diferentes causas, sobretodo el hecho de que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales, acuden a atención primaria para consultar síntomas somáticos atribuibles a enfermedades físicas.^{7,10}

Cada vez parece más necesaria una mejora de la educación sobre cómo funcionan los problemas mentales, lo que ayudaría a reducir la estigmatización en torno a los mismos. Además, la elevada frecuencia de los trastornos depresivos y la complejidad de sus cuidados, conlleva la necesidad, para el personal de enfermería, del desarrollo de habilidades y competencias en el abordaje integral de estos pacientes.^{6,11}

OBJETIVOS

General

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado para pacientes adultos diagnosticados de depresión mayor y con la etiqueta NANDA ansiedad.

Específicos

- Diseñar intervenciones de enfermería que disminuyan la ansiedad.
- Utilización de escalas de valoración para la evaluación del plan de cuidados.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se siguió un diseño de carácter descriptivo basado en la búsqueda bibliográfica y la elaboración de un plan de cuidados siguiendo la taxonomía enfermera.

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica se resume en la siguiente tabla:

Bases de datos	Palabras clave	Artículos consultados	Artículos utilizados
Dialnet	Depresión	4	4
Scielo	Comorbilidad	17	8
Pubmed	Ansiedad	5	4
Cuiden Plus	Intervenciones	6	3
Artículos páginas web	Terapia	15	8
	Escalas		
Páginas web	www.who.int/es (Organización Mundial de la Salud) www.msc.es (Ministerio de Sanidad y Consumo)		
Otros	Libros Guías de práctica clínica		

Las limitaciones de la búsqueda fueron el idioma (inglés y español) y el año (del 2000 al 2013). De los artículos encontrados, fueron excluidos aquellos que no se encontraban dentro del intervalo de tiempo establecido, aquellos que no disponían de acceso al texto completo y aquellos cuyo título no se correspondía con las necesidades de la búsqueda.

Muestra poblacional

Pacientes entre 18 y 65 años diagnosticados de depresión mayor en los cuatro meses anteriores al inicio del estudio.

Los criterios de inclusión son los siguientes: ser mayor de 18 años y menor de 65, participar voluntariamente, haber firmado el consentimiento

informado, haber sido diagnosticado de depresión en los cuatro meses anteriores, tener 4 o más ítems positivos en la subescala de Goldberg de ansiedad y tener 25 puntos o más en el cuestionario Kessler 10.

En cuanto a los criterios de exclusión: comorbilidad con abuso de sustancias en fase activa y pacientes con riesgo autolítico.

Procedimiento

El estudio se realizará durante el primer trimestre del año. Para la captación de pacientes se realizará una entrevista en la consulta de enfermería de atención primaria a todos los que cumplan los criterios de inclusión anteriormente citados.

Una vez determinada la muestra, se programaran las intervenciones individuales y se dividirá a los pacientes en grupos de 10 personas para la realización de las intervenciones grupales.

Instrumentos

- Taxonomía enfermera internacional: la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC).
- Escala de valoración de Goldberg. La escala de Goldberg se compone de dos subescalas, una para la depresión y otra para la ansiedad. Cada escala consta de 9 preguntas sí/no. Las últimas 5 preguntas sólo son formuladas si en el caso de la ansiedad, hay 2 respuestas positivas, y en el de la depresión si hay una. La parte diagnóstica de la escala también requiere un punto de corte, se necesitan 4 o más ítems positivos en la escala de ansiedad y 2 o más en la de depresión.¹² (Anexos 1 y 2)
- Cuestionario Kessler 10 (K-10). El cuestionario K-10 se compone de 10 preguntas que miden el distrés psicológico. Los valores obtenidos en esta escala van desde 10 (ausencia o niveles mínimos de distrés) hasta 50 (distrés severo). Un nivel muy alto de distrés está asociado con una alta probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión.¹³(Anexo 3)

- Cuestionario de calidad del sueño de Oviedo (COS). El cuestionario COS consta de 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en tres subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hiperinsomnio. Los dos ítems restantes hacen referencia al uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. A excepción del primer ítem que se puntúa de 1 a 7, el resto lo hace de 1 a 5. La subescala del insomnio oscila entre 9 y 45, una mayor puntuación equivale a un insomnio más grave.¹⁴ (Anexo 4)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se administró un consentimiento informado escrito a todos los pacientes que aceptaron participar en el estudio. Este consentimiento se acoge a la Declaración de Madrid (1996). El estudio fue revisado por el Comité Ético del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza y por el Comité Ético de Investigación de Aragón (IACS). De acuerdo al artículo 5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, se ha garantizado la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

PLAN DE CUIDADOS

1. VALORACIÓN

Se realiza una primera valoración del paciente a través de la entrevista personal, que junto con la observación, constituye una de las herramientas clave en esta etapa. Esta entrevista se realizará siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon.

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud del individuo, el objetivo será determinar cuáles de estos patrones están alterados. En este caso, el patrón alterado es el 7: Autopercepción/Autoconcepto.

Se podrá decir que el patrón está alterado si durante la entrevista existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza o de inutilidad, además se debe prestar atención al lenguaje no verbal.¹⁵⁻¹⁷

Para determinar de forma más objetiva la alteración de patrón, se realizaron escalas de depresión y ansiedad. Las escalas seleccionadas son la escala de Goldberg, que presenta una sensibilidad y especificidad superiores al 80%, y la escala Kessler 10, que según el estudio realizado por Vargas Terrez et al. puede detectar hasta el 87% de los casos de depresión y un 82,4% de los casos de ansiedad, lo que la convierte en un instrumento de alta precisión.^{18,19}

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestada por incertidumbre, nerviosismo y trastorno del sueño. (NANDA 00146)
*Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.*²⁰

3. PLANIFICACIÓN

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervenciones NIC
00146. Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p incertidumbre, nerviosismo y trastorno del sueño.	1402. Control de la ansiedad	5820. Disminución de la ansiedad. 1850. Fomentar el sueño. 5880. Técnica de relajación.

Resultado NOC: **Control de la ansiedad** (1402)²¹

→Indicadores

140206. Utiliza técnicas de superación efectivas

140207. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad

140214. Refiere dormir de forma adecuada.

Intervenciones NIC:

INTERVENCIONES NIC	DEFINICIÓN
5820. Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
1850. Fomentar el sueño	Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
5880. Técnica de relajación	Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

INTERVENCIONES NIC	TÉCNICAS
5820. Disminución de la ansiedad	- Terapia cognitivo-conductual basada en la propuesta por el grupo de Dugas.
1850. Fomentar el sueño	-Determinar factores externos que influyen de forma negativa en el descanso. -Informar sobre la higiene del sueño.
5880. Técnica de relajación	-Relajación progresiva de Jacobson. -Técnicas de respiración. -Imaginación de escenas relajantes.

→ **Disminución de la ansiedad** (5820)²²

Las terapias cognitivo-conductuales han resultado ser una de las técnicas más eficaces para la mayoría de los trastornos mentales no psicóticos.

La terapia cognitivo-conductual es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales. Se concibe con un enfoque psicoeducativo, cuyo objetivo es que el profesional ayude al paciente a definir metas y le enseñe a aplicar técnicas que contribuyan a disminuir dicho malestar.^{23,24}

La intervención escogida para este plan de cuidados se basa en la propuesta por el grupo de Dugas, centrada en la psicoeducación y en el entrenamiento en la resolución de problemas, ya sean reales o hipotéticos. La psicoeducación consistirá en una descripción detallada de la ansiedad. Además se enseñará a distinguir entre dos tipos de preocupación, las que atañen a problemas actuales y los que tienen que ver con situaciones hipotéticas, ya que requieren intervenciones diferentes.

El objetivo de la psicoeducación será que el paciente sea consciente de las preocupaciones y sepa distinguir las. Para ello, tres veces al día, el paciente anotará en un registro una descripción de sus preocupaciones, su duración, el tipo de preocupación y el nivel de ansiedad producido, evaluándolo del 1 al 10.

Por otro lado, el entrenamiento en resolución de problemas consistirá en la orientación hacia el problema y en el desarrollo de habilidades de solución. La orientación trata de mejorar la actitud ante los problemas.

En cuanto a las habilidades de solución, Dugas propone un método sencillo que consta de los siguientes pasos:

MÉTODO DE DUGAS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
1. Definición y formulación del problema de forma específica estableciendo metas claras y realistas.
2. Generación de soluciones alternativas a través de la lluvia de ideas.
3. Elección de la más adecuada y elaboración de un plan de acción.
4. Aplicación de la solución y comprobación de su utilidad.

Este método no puede emplearse para los problemas hipotéticos, en ese caso se utiliza la exposición imaginal, en la que se pide al paciente que imagine situaciones que le preocupen.²⁵

Se requerirán un mínimo de 15 sesiones que la enfermera de atención primaria realizará en colaboración con otros profesionales. Se dedicará el inicio de cada sesión a comentar con el paciente como ha llevado a cabo las técnicas aprendidas en la sesión anterior y como percibe su evolución.

→ **Fomentar el sueño** (1850)²¹

Los trastornos del sueño son mucho más comunes en personas con trastornos psiquiátricos. Los profesionales de enfermería debemos priorizar el cuidado de esta necesidad básica, ya que su alteración puede tener consecuencias negativas tanto en aspectos físicos como psíquicos. Para ello, la intervención enfermera tendrá dos objetivos. El primero detectar los factores externos que intervienen en el inadecuado descanso del paciente, y el segundo informarle sobre la higiene del sueño. Se trata de un conjunto de hábitos y conductas que facilitan el sueño, evitando todo aquello que interfiere en el mismo. (Anexo 5) Estos hábitos están relacionados principalmente con los horarios, el ambiente, el ejercicio físico y la dieta.²⁶⁻²⁸

Es recomendable establecer horarios de sueño regulares, acostándose y levantándose siempre a la misma hora. Del mismo modo se recomienda evitar las siestas superiores a treinta minutos.

Conseguir un ambiente adecuado que favorezca y ayude a mantener el sueño es imprescindible. Se debe procurar una temperatura y ventilación adecuadas, niveles mínimos de luz y ruidos, una cama confortable, etc.

Otra herramienta útil para mejorar el sueño es el ejercicio físico, es recomendable realizarlo por la tarde aprovechando la luz solar, pero como mínimo tres horas antes de ir a dormir. Se establecerá un programa de actividades diarias que reduzca los periodos de inactividad, para asegurar un mayor cumplimiento se consensuará con el paciente el tipo de ejercicio a realizar según sus preferencias.

La dieta debe ser más ligera por la noche y es recomendable cenar al menos una hora antes de irse a la cama. De igual modo, se evitarán las bebidas excitantes, especialmente por la noche.

En ocasiones, la realización de una correcta higiene del sueño es suficiente para mejorar la calidad del mismo, evitando así el tratamiento médico como primera opción.²⁹

Para evaluar la calidad del sueño, puede utilizarse el cuestionario de calidad de sueño de Oviedo (COS). Se trata de un cuestionario breve, sencillo y fácil de aplicar, compuesto por tres subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnia.³⁰

→**Técnica de relajación** (5880)²²

Las técnicas de relajación constituyen una herramienta muy demandada en la sociedad actual, se trata de una técnica clásica en la psicología que sigue siendo ampliamente utilizada. De hecho, la relajación se ha convertido en un componente básico en todos los tratamientos de ansiedad y en la literatura científica existe cada vez más evidencia de la eficacia de estos procedimientos.

De entre todos los métodos existentes, el recomendado en este plan de cuidados es la relajación progresiva de Jacobson por ser el más efectivo en la reducción de la tensión y la ansiedad, además de ser de fácil aprendizaje y dominio para los pacientes.

La relajación de Jacobson nos permite aprender a tensar y después soltar o relajar de manera secuencial varios grupos de músculos a la vez, de forma que el paciente tendrá que prestar atención a las sensaciones asociadas a la tensión y relajación de los músculos.

Con la práctica de este método se pretenden alcanzar una serie de objetivos, como son: aliviar o eliminar la tensión muscular, favorecer el descanso y el sueño, disminuir la ansiedad y conseguir disminuir el dolor.

31,32

La respiración constituye un elemento importante en la relajación, por lo que resulta conveniente que durante esta técnica se realicen

respiraciones profundas y lentas, lo que nos ayudará a disminuir la activación fisiológica en general.

Por último, la imaginación de escenas relajantes es otra técnica que nos ayuda a conseguir un mayor grado de relajación.³³

Las sesiones de relajación se realizarán cada 15 días en el centro de salud, serán dirigidas por la enfermera de atención primaria y la especialista en salud mental. Los grupos serán de 10 a 15 personas.

4. EJECUCIÓN

La ejecución de este plan de cuidados se desarrollará en la consulta de enfermería de atención primaria, pudiendo requerirse la colaboración de otros profesionales: enfermería de salud mental, psicólogos y psiquiatras.

5. EVALUACIÓN

Para la evaluación de los resultados obtenidos se volverán a realizar las escalas utilizadas en la valoración, la de Goldberg y la escala Kessler 10, a los dos meses. Estas escalas permiten determinar de forma objetiva la mejoría de los pacientes.

Además, al mismo tiempo, volverá a realizarse el cuestionario de calidad del sueño de Oviedo. Comparando ambos resultados se podrá determinar si los consejos de enfermería sobre la higiene del sueño han sido eficaces.

Por último, al finalizar cada sesión de relajación, los pacientes rellenarán un formulario breve en el que referirán si han conseguido o no el objetivo y cuáles han sido sus sensaciones durante la sesión.

DISCUSIÓN

El proceso de enfermería podría definirse como el conjunto de acciones que la enfermera realiza de forma intencionada siguiendo un orden específico. Su principal objetivo es la identificación de aquellas respuestas humanas que podrían ser consecuencia de alteraciones de sus patrones de salud.

Una correcta valoración del paciente permite identificar estos patrones alterados y escoger los diagnósticos más adecuados, que resultan fundamentales para brindar cuidados de alta calidad, permitiendo una planificación de cuidados mejor y más consciente. Además, los diagnósticos enfermeros mejoran la organización clínica, manejan el riesgo, y demuestran el compromiso de aunar teoría, práctica y educación enfermera, basando así la enfermería en la evidencia.

La herramienta utilizada para el desarrollo de los planes de cuidados, es la taxonomía común NANDA, NIC Y NOC, que permite la elección de los resultados y las intervenciones más adecuadas al diagnóstico escogido.

El éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia, la satisfacción y progreso del paciente y el desarrollo de un juicio clínico.^{34,35}

Así pues, el plan de cuidados realizado en este trabajo se ha realizado siguiendo las fases del proceso enfermero y utilizando la taxonomía común. Además, las intervenciones escogidas están basadas en la evidencia, combinando el abordaje grupal con el individual, lo que permite una mayor continuidad del cuidado.

CONCLUSIONES

1. La realización de planes de cuidados estandarizados siguiendo la taxonomía NANDA favorece la disminución de la variabilidad en la asistencia sanitaria además de dotar de contenido científico la profesión de enfermería.
2. La utilización de escalas de valoración permite analizar de forma objetiva y sencilla la evolución del paciente a través de resultados útiles con fines terapéuticos e investigadores.
3. Los datos actuales sobre la prevalencia de la depresión mayor y las predicciones realizadas por la OMS, ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la detección precoz de la depresión en atención primaria y la necesidad de favorecer intervenciones que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.
4. La combinación del abordaje individual y grupal favorece la continuidad de cuidados.
5. La relajación es una de las intervenciones grupales más adecuadas en los trastornos depresivos por su elevado nivel de evidencia en el control de síntomas, cuyos contenidos pueden generalizarse tras la realización de dichas actividades.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez Ariza M, Carballal Bals MC, Casariego Vales E, de la Heras Liñero E, Ferrer Gómez del Valle E, Louro González A, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Ezquiaga Terrazas E, García López A, Díaz de Neira M, García Barquero MJ. "Depresión". Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. Rev Asos. Esp. Neuropsiq., 2011;31 (111): 457-475.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [actualizado 20 marzo 2013; citado 20 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/es>.
4. Rodríguez Vicente JM, Arbesú Prieto JA, Gonçalves Estella F, Madueño Caro A, Pérez Solá V, Villalta Macia L. Guía de buena práctica clínica en algoritmos de decisión en depresión. 2011. Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. Vázquez F, Torres Iglesias A. Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. Ciencia y salud, 2007; 18(2): 221-246.
6. Cano Vindel A, Martín Salaguero J, Mae Wood C, Dongil E, Miguel Latorre J. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del psicólogo. 2012;33(1):2-11.
7. Marsiglia G Italo. Depresión: Visión holística de la medicina interna. Gac Méd Caracas. [Internet]. 2008 [citado 20 marzo 2013]; 116(1): 10-17. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000100003&lng=es.
8. González Pinto A, López Peña P, Zorilla Martínez I. "Depresión unipolar y otras depresiones" En Agüera Ortiz L, Alcoverro Fortuny O, Alvarez E, Aragües M, Arango C, Arechedarra Aranzadi JJ. Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte, 2009:325-344.

9. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shetlton, RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 2010; 303(1): 47-53.
10. Latorre Postigo JM, Navarro Bravo B, Parra Delgado M, Salguero JM, Mae Wood C, Cano Vindel A. Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y depresión en atención primaria: un problema sin resolver. *Rev Clín Med Fam* 2012; 5(1):37-45.
11. Ferré-Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C. El relato de la experiencia depresiva: Aplicando los factores cuidadosos de Jean Watson. *Index Enferm* 2008; 17(1): 22-24.
12. Martínez Bernardo R, Baylín Larios A, Ortiz Jiménez MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999;23(5):285-8.
13. Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.
14. Vásquez Espinoza E, Herrera Rodríguez A, Strike C, Brands B, Khenti. Comorbilidad entre el estrés psicológico y el abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento, en la ciudad de León-Nicaragua: implicaciones para políticas y programas. [Internet]. 2012 [citado 11 Mayo 2013];21:150-158. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000500019&lng=en
15. Martínez Martínez C, Cañadas Bustos A, Rodríguez Paredes E, Tornel García S. Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clínica* 2003;13(4):195-201.
16. Arribas Cachá A, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración enfermera estandarizada. Madrid: FUDEN, 2009. 10-25.
17. Álvarez Suarez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez. Manual de valoración de patrones funcionales. 2010.

18. Osada J, Rojas M, Rosales C, Vega Dienstmair JM. Anxious and depressive symptomatology in medical students. *Rev neuropsiquiátrica* 2010;73(1):15-19.
19. Vargas Terrez BE, Villamil Salcedo V, Rodríguez Estrada C, Pérez Romero J, Cortés Sotres J. Validity of the kessler 10 (k-10) scale in detecting depression and anxiety disorders in the primary care services. Psychometric properties. *Salud Ment* 2011;34:323-331.
20. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
21. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
22. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Duchtermen J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
23. Fullana MA, Fernández de la Cruz L, Bulbena A, Toro J. Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin* 2011;20(10):1-5.
24. Pérez Álvarez M, García Montes JM. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema* 2001;13(3): 493-510.
25. Vallejo Pareja MA, Comeche Moreno MI. Lecciones de terapia de conducta. Madrid: Dykinson; 2012.
26. Vela Bueno A, Fernández Mendoza, Olavarrieta Bernardino S. "Trastornos del sueño y del ciclo sueño-vigilia" En Agüera Ortiz L, Alcoverro Fortuny O, Alvarez E, Aragües M, Arango C, Arechedarra Aranzadi JJ et al. Manual de Psiquiatría. Madrid: Gráficas Marte, 2009; 517-519.
27. Bárcenas Villegas D. Papel de enfermería en la mejorada del sueño en una unidad de cuidados intensivos: Revisión bibliográfica. *Hygía de Enfermería* 2013;82:36-39.
28. Varela Pinedo LF, Tello Rodríguez T, Ortiz Saavedra PJ, Chávez Jimeno H. Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta Med Per* 2010;27(4):233-237.
29. Manrique JJ. Higiene del sueño. *Suplemento* 2011;39(3):49-51.

30. Lomlelí HA, Pérez Olmos I, Talero Gutiérrez C, Moreno C, González Reyes R, Palacios L, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(1):50-59.
31. Montero Rodríguez MG, Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MM. Manejo de la ansiedad: "Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson". *Hygía de Enfermería* 2013;82:5-12.
32. Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enferm Global* 2012;26:39-53.
33. Cano Vindel A. La ansiedad, claves para manejarla. *Crítica* 2011;974:31-36.
34. Amaro Cano María del Carmen. El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas. *Rev Cubana Enferm* 2004; 20(1).
35. Franco Zambrano A, González Márquez E, Cano Mirando I, Domínguez Pérez I, de la Salud Flores Mateos I, Salgado Pacheco J, et al. Planes de cuidados enfermeros en salud mental. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. 2008.

ANEXOS

Anexo 1. Subescala de depresión de Goldberg

Subescala de Depresión del Cuestionario de Goldberg	
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	
<i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)</i>	
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	

Fuente: *Tapia A, Masson S. Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad.. [Internet]. 2006. [citado 12 Mayo 2013];33(2): 162-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200005&lng=es.*

Anexo 2. Subescala de ansiedad de Goldberg.

ANEXO 1	
Escala de ansiedad del Cuestionario de Goldberg	
1. ¿Se ha sentido muy exitado, nervioso o en tensión?	6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas (síntomas vegetativos): temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño. Para quedarse dormido?
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	

Fuente: *Tapia A, Masson S. Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad.. [Internet]. 2006. [citado 12 Mayo 2013];33(2): 162-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200005&lng=es.*

Anexo 3. Escala de malestar psicológico de Kessler.

En el último mes	Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Siempre 5
1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido un inútil?					

Fuente: *Elaboración propia*

Anexo 4. Cuestionario Oviedo del Sueño.

CUESTIONARIO OVIEDO DEL SUEÑO (Durante el último mes)

1. *¿Cómo de satisfecho ha estado en el sueño?*

1. Muy insatisfecho
2. Bastante insatisfecho
3. Insatisfecho
4. Término medio
5. Satisfecho
6. Bastante satisfecho
7. Muy satisfecho

2. *¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para:*

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
1. Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2. Permanecer dormido	1	2	3	4	5
3. Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
4. Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
5. Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. *¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?*

1. 0-15 minutos
2. 16-30 minutos
3. 31-45 minutos
4. 46-60 minutos
5. Más de 60 minutos

4. *¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?*

1. Ninguna vez
2. 1 vez
3. 2 veces
4. 3 veces
5. Más de 3 veces

5. *¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿cuánto tiempo antes?*

1. Se ha despertado como siempre
2. Media hora antes
3. 1 hora antes
4. Entre 1 y 2 horas antes
5. Más de 2 horas antes

6. *Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? _____ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____*

1. 91-100%
2. 81-90%
3. 71-80%
4. 61-70%
5. 60% o menos

7. *Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?*

1. Ningún día
2. 1-2 días/semana
3. 3 días/semana

4. 4-5 días/semana

5. 6-7 días/semana

8. *¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?*

1. Ningún día
2. 1-2 días/semana
3. 3 días/semana
4. 4-5 días/semana
5. 6-7 días/semana

9. *Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?*

1. Ningún día
2. 1-2 días/semana
3. 3 días/semana
4. 4-5 días/semana
5. 6-7 días/semana

10. *¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...?*

	Ninguno	1-2 días	3 días	4-5 días	6-7 días
1. Ronquidos	1	2	3	4	5
2. Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
3. Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
4. Pesadillas	1	2	3	4	5
5. Otros	1	2	3	4	5

11. *¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)*

1. Ningún día
2. 1-2 días/semana
3. 3 días/semana
4. 4-5 días/semana
5. 6-7 días/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS ÍTEMS PUNTOS

Satisfacción subjetiva del sueño

Ítem 1

Insomnio Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7

Hipersomnio Ítems 2-5, 8, 9

PUNTUACIÓN TOTAL

Fuente: Velázquez I, Muñoz M, Sánchez M, Zenner A, Velázquez L. Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. Rev. Soc. Esp. Dolor 2012;19(2): 49-58.

Anexo 5. Higiene del sueño. (Formato para el paciente)

Higiene del sueño (Formato para el paciente)

Con la higiene del sueño se pretende crear mejores hábitos del sueño y romper con la creencia de que “estos factores ni me afectan ni son importantes”.

Medidas de higiene del sueño:

1. Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluidos fines de semana y vacaciones.
2. Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo en la cama puede producir un sueño fragmentado y ligero.
3. Evitar la siesta. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos.
4. Evitar las bebidas que contienen cafeína y teína. Tomadas por la tarde alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben.
5. El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.
6. Realizar ejercicio regularmente, durante al menos una hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos tres horas antes de ir a dormir.
7. En la medida de lo posible mantenga el dormitorio a una temperatura agradable y con unos niveles mínimos de luz y ruido.
8. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Evitar acostarse hasta que hayan pasado dos horas después de la cena. Si se está acostumbrado a ello, tomar algo ligero antes de la hora de acostarse (por ejemplo, galletas, leche o queso), no tomar chocolate, grandes cantidades de azúcar y líquidos en exceso. Si se despierta a mitad de la noche, no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
9. Evitar realizar en la cama actividades tales como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
10. Evitar realizar ejercicios intensos o utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno.

Fuente: *Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1.*

