



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
**Universidad Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso académico 2017 / 2018

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL ENFERMERA DIRIGIDO A PACIENTES EN  
SITUACIÓN AGUDA CON EL DIAGNÓSTICO NANDA "TRASTORNO DE LA  
IMAGEN CORPORAL".

**Autora:** Ana Baeyens Gracia

Directora: Carmen Muro Baquero

**INDICE:**

<b>1. Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Objetivos .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Metodología .....</b>	<b>8</b>
<b>5. Desarrollo .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Conclusiones .....</b>	<b>20</b>
<b>7. Bibliografía .....</b>	<b>21</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>24</b>

## **1. RESUMEN:**

**INTRODUCCIÓN:** La imagen corporal es uno de los elementos principales que conforman al individuo. Es la base de su representación e identidad.

Una alteración física producida de manera inesperada puede generar en la persona alteraciones psicológicas que trascienden la esfera personal por el componente social y relacional que conlleva.

El miedo al rechazo, los problemas de autoestima y otros trastornos psicológicos como la ansiedad y depresión pueden llegar a aparecer en pacientes diagnosticados con Trastorno de la imagen corporal. Resulta útil reconocer estas características y la población más vulnerable de padecerlas para abordar la problemática adecuadamente, evitar la cronicidad de las secuelas y procurar una rehabilitación de calidad.

**OBJETIVOS:** Elaborar un plan de atención de enfermería estandarizado dirigido a pacientes adultos diagnosticados, según la taxonomía NANDA, de "Trastorno de la imagen corporal".

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas para analizar la literatura existente acerca del Trastorno de la imagen corporal en pacientes de las características comentadas, revisar su contenido y adecuación al tema y elaborar un plan de cuidados basado en instrumentos de valoración, válidas y de interés para el tema de estudio.

**CONCLUSIONES:** El paciente con Trastorno de la imagen corporal ve afectada su calidad de vida, no solo por las secuelas físicas provocadas por el trauma, sino también por el componente psicológico derivado de ellas. Tan importante es el brindar atención psicosocial durante la estancia hospitalaria como de atender a la rehabilitación física.

**PALABRAS CLAVE:** Adaptación, Enfermería, Trastorno de la imagen corporal, autoestima, Secuela física/psicológica/emocional, Concepto corporal/autoconcepto, Cambios en la imagen corporal.

## **ABSTRACT:**

**INTRODUCTION:** Body image is one of the main elements that shape an individual. It is the basis of their identity and the way they present themselves to the world.

A severe physical alteration can cause great psychological damage transcending the personal for the great social and relational role our perceived body image has.

Fear of rejection, self-esteem issues and other psychological disorders such as anxiety and depression can happen in patients diagnosed with Disturbed body image.

Recognising these characteristics and the patients at most risk of suffering these issues can be useful to assess the problem adequately, prevent the chronicity of sequels and ensure an optimal rehabilitation.

**OBJECTIVES:** Develop a standardized nursing plan of attention for adults diagnosed with Disturbed body image according to NANDA.

**METHODS:** A bibliographic search was made in different science databases to analyze the current existing literature about adults suffering for traumatic processes which cause physical alteration.

The contents of these articles were revised systematically evaluating their relevance for the present work, and developing a care plan based on appropriate evaluation tools of interest for the study.

**CONCLUSIONS:** The patient with a Disturbed body image diagnosis suffers a significant disruption of their lifestyle, not only because of physical sequels but also because of the psychological issues derived from them.

When tending to these patients, it is equally important to care for their psychosocial wellbeing as it is for their physical rehabilitation.

**KEY WORDS:** Adjustment, Nursing, Disturbed/Altered body image, Self-esteem, physical/ psychological/ emotional sequelae, Self-concept, Changes in the physical appearance.

## **2. INTRODUCCIÓN:**

A lo largo de la historia de las ciencias de la salud, el concepto de imagen corporal ha ido redefiniéndose.

Las primeras puntualizaciones al respecto se hicieron a principios del siglo XX. Paul Schilder, citado por Aacovou, en su libro publicado en 1935 "The Image and Appearance of the Human Body", definió la autoimagen como la forma en la que una persona se ve a sí misma, incluyendo tanto la parte física del cuerpo como la conciencia que el individuo tiene de ella. Literalmente: "la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (1).

En 1988, Slade amplía el término, incluyendo en la definición su dimensión social: "Cómo nos vemos y cómo creemos que nos ven".

Será en los años 90 cuando Cash y Pruzinsky, citados en el artículo de Durán Fabré y Botella, establecen las características principales de la imagen corporal (2) (ANEXO1) y cuando Raich, citado por Fernandez Crespo, formula la definición más aceptada del término actualmente: "La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos." (3).

La imagen corporal conforma la base del autoconcepto y del individuo (4). Una alteración producida accidentalmente puede generar pensamientos y conductas desadaptativas que pueden agravarse con el tiempo y afectar a su calidad de vida, ya que el enfrentamiento súbito a un cambio en la estructura corporal produce alteraciones emocionales (5).

Una modificación en la imagen corporal es un concepto amplio en el que se engloban factores como disfuncionalidad, desfiguramiento y estrés psicosocial (6), que puede verse agravado por las circunstancias traumáticas que han llevado a su aparición. El cambio en la apariencia física y los sentimientos de discapacidad o invalidez asociados a ella conforman mayormente la raíz de la significación que el accidentado atribuye al trauma (7).

Según el artículo de Chavelas Hernández y colaboradores, autores como Cash y Brown circunscriben las modificaciones en la imagen corporal en 2 aspectos: "la alteración cognitiva y afectiva", y "las alteraciones perceptivas", relacionadas respectivamente con la insatisfacción con el propio cuerpo y la inexactitud con que se valora la figura (8).

Si bien no es posible afirmar que todas las personas que sufren una alteración en su apariencia lleguen a desarrollar un trastorno, se ha de resaltar que se trata de un colectivo altamente susceptible de padecerlo. White, como recoge el artículo de Fernández Crespo, sostiene que existe un trastorno perceptivo cuando hay un desacuerdo evidente entre el aspecto físico objetivo y el esquema mental que el individuo posee del mismo, y cuando dicha discrepancia provoca en el sujeto respuestas emocionales negativas, conductas anormales e incapacidad en el funcionamiento habitual (3), (9).

No obstante, aunque el concepto de Trastorno de imagen corporal se base en una discrepancia entre lo real y lo percibido, debe destacarse que en este caso, sí existe una desfiguración real causante de malestar y no una imagen individual subjetiva y desproporcionada en reacción a un defecto de menor envergadura (4), (5).

La persona que experimenta una alteración corporal está sometida a una situación de estrés generada por factores diversos, de naturaleza personal o social. La sociedad actual está altamente condicionada por la importancia que se da a una apariencia concordante con los cánones establecidos. Para aquellos cuya apariencia se desvía de la norma cultural resulta más probable que situaciones de interacción en sociedad generen un distrés desmedido. El juicio emitido por la sociedad en base a la apariencia externa puede desembocar en estigmatización y exclusión de participación en las diversas áreas de la vida (10). El miedo a la reacción de los demás, la inseguridad y la angustia producto de su nueva situación, pueden derivar en una serie de secuelas psicológicas más profundas que si no son tratadas precozmente pueden cronificarse y conducir a trastornos más graves. Son frecuentes las alteraciones de autoestima, ansiedad y depresión moderada (11), (12).

La ansiedad surge como respuesta al miedo anticipado que provoca la incertidumbre de lo que deparará su futuro: desfiguración, cambio de rol, etc. (13).

La depresión puede explicarse como una reacción resultado de los sentimientos de pérdida asociados a una apariencia modificada (6), de manera que la confianza e identidad del paciente pueden verse amenazadas. (8), (14).

Estos pacientes son susceptibles de padecer largas estancias hospitalarias, y el mismo proceso de hospitalización es causante *per se* de alteración psicológica, estimándose una prevalencia de entre el 8 y el 12% en ansiedad y depresión por esta causa (15).

Se ha estudiado que la prevalencia de ansiedad en pacientes con alteración física en cabeza y cuello llega al 35%, al 22% en depresión en el momento del diagnóstico, y entorno al 24% a los tres meses (4).

En grandes quemados, la prevalencia de ansiedad puede estimarse entre el 12 y el 32% en hospitalizados. La sintomatología depresiva está presente hasta en un 28%, de los que entre el 4 y el 19% presentan Depresión mayor (15).

Otros estudios dirigidos a pacientes mastectomizadas revelan que en una muestra de 47 mujeres, han sido diagnosticadas según el criterio NANDA, un 67% con Trastorno de imagen corporal, entre un 60 y un 67% con Baja autoestima situacional y entre el 80 y el 93% con Ansiedad (16).

No obstante, no todos los pacientes en estas circunstancias llegarán a sufrir un trastorno psicológico. Dependerá, entre otros factores, de la personalidad del afectado y su capacidad de afrontamiento (17), (18).

El riesgo de alteración psicológica viene determinado por múltiples elementos, y no debe negarse la necesidad de detección de grupos con mayor prevalencia de manifestaciones psicológicas y características predisponentes (19).

Cuanto mayor sea la disfunción y alteración, mayor será la probabilidad de desarrollo de problemática psicosocial (20). Asimismo, la vulnerabilidad depende de la fase en la que se encuentra el paciente. Durante la etapa de

convalecencia, el paciente se vuelve más consciente de su situación y su foco de preocupación se traslada a la adaptación a una nueva imagen (21).

Otros estudios han comprobado que la zona en la que se encuentra la lesión, la edad del paciente e incluso el sexo, influyen en la vulnerabilidad y el riesgo de presentar alteraciones psicosociales (4), (3), (10) (ANEXO 2).

A pesar de lo comentado hasta ahora, la investigación al respecto resulta insuficiente. No existe acuerdo en cuanto a la evaluación de las alteraciones corporales ya que la mayoría de los instrumentos de medida se han diseñado para población femenina y los estudios más centrados su abordaje han sido encaminados a trastornos de la alimentación, no siendo extrapolables a otros campos del diagnóstico (3), (8).

El rol de enfermería en este ámbito resulta más amplio de lo que tiende a creerse. Las enfermeras contribuyen al éxito en el afrontamiento y aceptación de una nueva imagen y a la integración en la sociedad (1).

Para enfermería resulta importante abordar estos aspectos. La realidad demuestra que es enfermería quien observa los síntomas psicosociales, ya que es el personal que más tiempo pasa con el paciente y quien responde a la demanda de tales cuidados. (13), (19), (20).

En personas con este diagnóstico, la enfermería tiene el triple objetivo de lograr el restablecimiento de la salud y restituir la funcionalidad del cuerpo, restaurar la situación y reputación del paciente y la rehabilitación psicológica. Para una atención efectiva, enfermería debe ser consciente de la relevancia para los pacientes de su imagen corporal, además de poseer adecuadas estrategias de comunicación (1), ya que es personal capaz de apoyar al paciente con estrategias de manejo de la ansiedad y depresión y fomento del autocuidado, y quien puede ayudar al paciente a situar los cambios en un contexto manejable y encontrar nuevas fuentes de autoestima (4).

### **3. OBJETIVOS:**

PRINCIPAL: Realización de un plan de atención de enfermería estandarizado dirigido a pacientes adultos diagnosticados, según la taxonomía NANDA, de "Trastorno de la imagen corporal".

ESPECÍFICOS:

- Establecer intervenciones de enfermería encaminadas a proporcionar una mejoría en el afrontamiento psicológico de las secuelas físicas.
- Diseñar una base única de actuación enfermera estandarizada aplicable a todo tipo de suceso en el que se den casos de desfiguración o alteración corporal visible.

#### **4. METODOLOGÍA:**

El estudio se basó principalmente en la búsqueda bibliográfica y elaboración de un plan de atención de enfermería estandarizado según la taxonomía enfermera NANDA y el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon.

##### **Estrategia de búsqueda:**

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica, en la que se consultaron diferentes bases de datos: Scielo, Science Direct, Pubmed/Medline, Dialnet, BVS/LILACS Y CUIDEN plus. Para facilitar la búsqueda y combinar los conceptos clave se hizo uso de operadores booleanos y se establecieron como filtros el idioma y el acceso íntegro al texto.

Como forma de completar la información, se utilizaron otros elementos, tales como guías de metodología enfermera.

Las limitaciones de la búsqueda bibliográfica se basaron en criterios de selección como el idioma; incluyendo artículos en castellano e inglés, así como la posibilidad de acceso al texto completo. Quedaron excluidos todos aquellos artículos cuyo título no correspondía con las necesidades de la búsqueda, cuyo acceso fuera restringido o fechados fuera del rango de 2004-2018.

**Población Diana:** Paciente adulto (entre 18 y 65 años), víctima reciente de un proceso traumático o enfermedad agudos causantes de una alteración del aspecto físico detectable en el entorno, diagnosticados según la taxonomía NANDA con "Trastorno de la imagen corporal", atendiendo especialmente a aquellos con un perfil de mayor riesgo de complicaciones psicológicas crónicas posteriores.

## **Instrumentos:**

- **ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G):**  
Escala hetero-administrada consistente en dos subescalas (una de ansiedad y otra de depresión) con la que es posible entrevistar al paciente con preguntas clasificadas en ítems. Por cada subescala: los 4 primeros corresponden a preguntas de despistaje. Los siguientes 5 se formulan en caso de haber respondido positivamente a las preguntas de despistaje.  
Se consideran como puntos de corte para la subescala de ansiedad respuestas positivas en 4 o más cuestiones. En la subescala de depresión, de 2 o más.  
La EADG posee un especificidad del 82% y una sensibilidad del 83%, lo que hace de ella un instrumento de utilidad notable (22). (ANEXO 3)
  
- **ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG:** Entrevista capaz de evaluar los sentimientos de respeto y valía del paciente hacia sí mismo. Consta de cinco frases enunciadas de forma positiva y cinco de manera negativa, conformando un total de 10 ítems evaluables.  
Las respuestas de los primeros 5 ítems son puntuadas de 4 a 1. Las siguientes cinco respuestas de 1 a 4. La puntuación máxima se sitúa en 40 puntos. Una puntuación baja determina un problema de autoestima evidente:
  - Rango de 30-40 puntos: Sin problemas de autoestima
  - Rango de 26-29 puntos: Autoestima mejorable, sin problemas graves.
  - Menos de 25 puntos: Autoestima baja (22). (ANEXO 4)

		FILTROS DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	ARTICULOS CONSULTADOS	ARTICULOS SELECCIONADOS
<b>BASES DE DATOS</b>	<b>Scielo</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: Castellano e inglés	"Atención psicosocial" AND "gran quemado" "Afrontamiento psicológico" AND quemados	6	4
	<b>Science Direct</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: Castellano e inglés	"Cirugía reconstructiva" AND secuelas Enfermería AND secuela AND afrontamiento	5	3
	<b>CUIDEN plus.</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: Castellano e inglés	"Trastorno imagen corporal" AND aceptación AND enfermería "trastorno imagen corporal" AND cicatriz OR trauma	4	1
	<b>Dialnet</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: Castellano e inglés	Afrontamiento AND secuela física	8	3
	<b>BVS/LILACS</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: Castellano	"Aspecto psicológico" AND lesión AND física "Aspecto psicológico" AND "gran quemado" OR cáncer	1	1
	<b>Pubmed/ Medline</b>	Años: 2004-2018 Texto completo Idioma: inglés	Disfigurement AND nursing Altered OR disturbed "body image" AND nursing "adjustment disorder" AND sequelae "Psychological care" AND "great burns" OR cancer Traumatic AND pshychological AND "physical injury" AND "physical aspect" OR "body image"	4	4
<b>LITERATURA GRIS (LIBROS, GUÍAS Y TRABAJOS)</b>	Seleccionadas y consultadas	12			

## 5. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

Con el objetivo de prestar la mejor atención al paciente, se lleva a cabo un plan de atención de enfermería. El plan de cuidados se desarrollará atendiendo a la estructura del proceso enfermero, herramienta de organización e instrumento de autonomía de la profesión enfermera que consta de las fases de: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

### 1. VALORACIÓN:

Se procederá a la valoración integral del paciente a través del modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon, que consta de las siguientes 11 áreas relevantes para la salud:

PATRONES	
<b>Patrón 1:</b>	Percepción - manejo de la salud
<b>Patrón 2:</b>	Nutricional – metabólico
<b>Patrón 3:</b>	Eliminación
<b>Patrón 4:</b>	Actividad - ejercicio
<b>Patrón 5:</b>	Sueño - descanso
<b>Patrón 6:</b>	Cognitivo – perceptual
<b>Patrón 7:</b>	Autopercepción - auto concepto
<b>Patrón 8:</b>	Rol - relaciones
<b>Patrón 9:</b>	Sexualidad - reproducción
<b>Patrón 10:</b>	Adaptación - tolerancia al estrés
<b>Patrón 11:</b>	Valores – creencias

(23)

Este plan de cuidados se centrará en el Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto, si bien no se dejarán de lado los otros 10 patrones. La valoración en cada caso será completa (ANEXO 5).

El patrón 7 se basa en las percepciones del individuo hacia sí mismo. Considera relevantes las actitudes de la persona hacia sí misma, su identidad personal y su imagen corporal.

Para la recogida de datos exhaustiva se recomienda hacer uso de estrategias como la entrevista y la observación. Los principales signos que determinan la alteración en el patrón Autopercepción- Autoconcepto vienen determinados en gran medida por el lenguaje no verbal (1) además de por las declaraciones y respuestas dadas en la entrevista.

Con la intención de realizar una valoración precisa, se ha decidido incluir dos escalas como herramienta de medición: La escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (ANEXO 4) y la escala de Autoestima de Rosenberg (ANEXO 5). Ambas se consideran útiles debido a la alta comorbilidad existente entre ansiedad, depresión y presentación de baja autoestima en pacientes con alteraciones físicas importantes (4). Estas mediciones permitirán la correcta detección de pacientes en riesgo.

## 2. DIAGNÓSTICO Y DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN:

Diagnóstico principal: (00118) Trastorno de la imagen corporal; definido como: "Confusión en la imagen mental del yo físico".

Diagnósticos relacionados:

- (00120) Baja autoestima situacional; definido como: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- (00145) Riesgo de síndrome postraumático; definido como: Vulnerabilidad a la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador que puede comprometer la salud.

- (00146) Ansiedad; definido como: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro (24).

El abordaje del diagnóstico principal formará la base del plan de cuidados. Se establecerá una priorización entre los diagnósticos relacionados, decidiendo si alguno debe abordarse con mayor urgencia o intensidad, criterio que vendrá determinado por los resultados obtenidos en las escalas de valoración y la evaluación completa por patrones.

Se determinará qué diagnósticos deben abordarse prioritariamente, otorgando mayor importancia a diagnósticos presentes y dejando para más adelante la intervención en aquellos considerados de riesgo.

Dicha determinación se hará cada vez que se lleve a cabo una nueva valoración.

**Establecimiento de prioridades según puntuaciones obtenidas en la Escala de Rosenberg:**

PUNTUACION EN ESCALA DE ROSENBERG	INTERVENCION PRIORITARIA
<b>30-40 puntos</b>	<p>No necesaria intervención o intervención mínima.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Priorización intervención diagnóstico de Ansiedad (00146).</li> </ul>
<b>26-29 puntos</b>	<p>Intervención prioritaria dependiente de puntuaciones obtenidas en escala de Goldberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si existen puntuaciones altas en Subescala de Ansiedad de Goldberg: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Priorización intervención en diagnóstico de Ansiedad (00146).</li> </ul> </li> <li>- Si existen puntuaciones altas en Subescala de depresión: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Priorización de intervención en diagnóstico Baja autoestima situacional (00120).</li> </ul> </li> <li>- Si ambas subescalas muestran puntuaciones altas: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Priorización intervención en diagnóstico de Ansiedad (00146).</li> </ul> </li> </ul>
<b>Menor de 25 puntos</b>	<p>Intervención prioritaria dependiente de puntuaciones obtenidas en escala de Goldberg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si existen puntuaciones altas en Subescala de Ansiedad de Goldberg: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Priorización intervención en diagnóstico de Ansiedad (00146).</li> </ul> </li> <li>- Si existen puntuaciones altas en Subescala de depresión: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Priorización de intervención en diagnóstico Baja autoestima situacional (00120).</li> </ul> </li> <li>- Si ambas subescalas muestran puntuaciones altas: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Necesaria determinación de otros factores particulares influyentes.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES:

COD	DIAGNOSTICO (NANDA)	COD	OBJETIVOS (NOC)	COD	INTERVENCION (NIC)
00118	<p><b>Trastorno de la imagen corporal</b> relacionado con lesión y/o procedimiento quirúrgico, enfermedad o traumatismo. Manifestado por alteración de la estructura corporal, de la visión del propio cuerpo, conductas de evitación sobre el propio cuerpo, preocupación por el cambio o temor a la reacción de los demás.</p>	0918	<p><b>Atención al lado afectado:</b></p> <p>El paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocerá el lado afectado como parte integral de sí mismo(0091801)</li> <li>Realizará las actividades de la vida diaria con el lado afectado (091806)</li> </ul>	5220	<p><b>Potenciación de la imagen corporal:</b></p> <p>El personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinará si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en grupos de alto riesgo.</li> <li>Ayudará al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía.</li> <li>Ayudará al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.</li> <li>Ayudará al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.</li> <li>Determinará si un cambio en la imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.</li> <li>Ayudará al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</li> </ul>
		1200	<p><b>Imagen corporal:</b></p> <p>El paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se adaptará a cambios en el aspecto físico (120007)</li> </ul>		

COD	DIAGNOSTICO (NANDA)	COD	OBJETIVOS (NOC)	COD	INTERVENCION (NIC)
00120	<b>Baja autoestima situacional</b> relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por muestra de reto situacional a la propia valía y verbalizaciones de negación de sí mismo.	1205	<b>Autoestima</b> El paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizará verbalizaciones de auto aceptación (120501)</li> </ul>	5400	<b>Potenciación de la autoestima:</b> El equipo de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>Facilitará un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>Realizará afirmaciones positivas sobre el paciente</li> <li>Mostrará confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.</li> </ul>
		1305	<b>Modificación psicosocial: cambio de vida.</b> El paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantendrá la autoestima (130502)</li> <li>Realizará expresiones de optimismo sobre el futuro (130506)</li> <li>Hará uso de estrategias de superación efectivas (130509)</li> </ul>	5230	<b>Aumentar el afrontamiento:</b> El equipo de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>Valorará el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.</li> <li>Tratará de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> <li>Alentará a la manifestación de sentimientos percepciones y miedos.</li> <li>Animará a la implicación familiar</li> </ul>

COD	DIAGNOSTICO (NANDA)	COD	OBJETIVOS (NOC)	COD	INTERVENCION (NIC)
00146	<b>Ansiedad</b> relacionada con crisis situacional manifestada por preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales, angustia, temor, nerviosismo, incertidumbre, etc.	1402	<b>Autocontrol de la ansiedad:</b> El paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeará estrategias para superar situaciones estresantes (140205)</li> <li>• Conservará las relaciones sociales (140211)</li> </ul>	5820	<b>Disminución de la ansiedad:</b> El equipo de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observará si existen signos verbales y no verbales de ansiedad</li> <li>• Creará un ambiente que facilite la confianza</li> <li>• Identificará cambios en el nivel de ansiedad</li> <li>• Ayudará al paciente a identificar situaciones que precipitan la ansiedad.</li> </ul>

COD	DIAGNOSTICO (NANDA)	COD	OBJETIVOS (NOC)	COD	INTERVENCION (NIC)
00145	<b>Riesgo de síndrome postraumático</b> relacionado con duración del acontecimiento traumático, disminución de la fortaleza del ego y/o apoyo social insuficiente.	1302	<b>Afrontamiento de problemas:</b> El paciente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalizará aceptación de la situación (130205)</li> <li>• Utilizará estrategias de superación efectivas (130212)</li> <li>• Referirá aumento del bienestar psicológico (130218)</li> </ul>	5240	<b>Asesoramiento:</b> El equipo de enfermería: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecerá una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</li> <li>• Favorecerá la expresión de sentimientos.</li> </ul>

Tablas: Fuente. Elaboración propia a partir: (24), (25), (26), (27)

## EJECUCIÓN:

La ejecución se efectuará según el orden de prioridades más adecuado a cada caso, insistiendo en los diagnósticos más incidentes en el enfermo según etapa de recuperación.

<b>FASE</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>	<b>MATERIAS DE INTERÉS PARA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA</b>
<b>FASE 1: PRIMEROS 3 DIAS TRAS LESION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado crítico, posible anestesia.</li><li>• Síntomas de estrés, confusión.</li><li>• Posible privación sensorial</li><li>• Dolor</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Primera valoración</li><li>○ Información: Uso de estrategias de comunicación y empatía: Fundamental para el desarrollo de una buena relación enfermero- paciente</li><li>○ Identificación de redes de apoyo: Inclusión en el plan de la familia y personas del entorno.</li></ul>
<b>FASE 2: 2-6 SEMANAS TRAS LESION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No existe peligro vital: Paciente estable</li><li>• Dolor</li><li>• Síntomas de enfado, depresión, huida.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Segunda Valoración y Comienzo intervención según el Plan estandarizado.</li><li>○ Atención a prioridades: Diagnóstico principal y diagnósticos detectados presentes en el momento de la valoración.</li><li>○ Posible comienzo en intervención en diagnósticos de riesgo si buena evolución.</li></ul>
<b>FASE 3: VARIOS MESES TRAS LESION</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Posible dolor persistente</li><li>• Aparición de efectos secundarios o problemas colaterales relacionados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tercera valoración</li><li>○ Intervención en diagnósticos de riesgo</li></ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de (1).

Este plan de cuidados se llevará a cabo en diferentes servicios de hospitalización, especialmente en aquellos en los que abunden pacientes de características propicias para el desarrollo del plan de atención: Servicios quirúrgicos, unidades de quemados, unidades oncológicas, servicios de traumatología y unidades de cuidados intensivos. Se valorará positivamente la colaboración de otros profesionales, además del de enfermería: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, rehabilitadores, fisioterapeutas, etc.

#### EVALUACIÓN:

La evaluación se realizará en cada cambio de etapa del proceso de rehabilitación.

A fin de que sea lo más objetiva posible, volverán a emplearse herramientas como la observación y entrevista. Se revisarán nuevamente los 11 patrones de Gordon en busca de alteraciones y se establecerán nuevas prioridades si fuese necesario.

Se repetirán las escalas de Rosenberg y Goldberg al fin de cada fase. Se anotarán sus resultados y se compararán con los anteriores. Para el momento del alta se esperan valores superiores a 26 puntos en Rosenberg, menos de 3 respuestas positivas en la Subescala de Ansiedad y menos de 2 en la Subescala de Depresión de Goldberg.

## **6. CONCLUSIONES:**

El paciente diagnosticado con Trastorno de imagen corporal requiere una atención especializada capaz de brindarle las estrategias necesarias para que su calidad de vida se vea afectada de la menor forma posible. Un buen afrontamiento de sus secuelas físicas y psicológicas permitirá la adecuada readaptación del paciente a la vida tras la afectación y la estancia hospitalaria.

El equipo de enfermería es aquel con la capacidad de detectar las complicaciones probables de surgir en el proceso de rehabilitación por ser el personal que más en contacto permanece con el enfermo. Por ese motivo, debe ser consciente de la dimensión biopsicosocial propia de la persona, no cayendo en el error de la despersonalización ni desatendiendo el componente psicosocial del paciente. Debe ser capaz desarrollar un plan de atención que englobe las necesidades psicológicas en el conjunto de los cuidados diarios así como de establecer una buena relación de confianza enfermero- paciente que favorezca la expresión de sentimientos, que ayude a elaborar nuevas estrategias de afrontamiento que procuren una correcta adaptación, aumentando la autoestima y disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión. En definitiva, que contribuya a la completa rehabilitación del enfermo.

## **7. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Aacovou I. The role of the nurse in the rehabilitation of patients with radical changes in body image due to burn injuries. *Annals of burns and fire disasters*. 2005; 15 (2): 89-94.
2. Duran fabré M, Botella L. construcción social de las transformaciones corporales quirúrgicas. *Revista de psicoterapia*. 2008; 19 (76):17-37.
3. Fernandez Crespo AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 2004; 1 (2-3): 169-180.
4. Lozano-Arrazola A, Cupil- Rodriguez AL, Alvarado- Aguilar S, Granados- García M. impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. *GAMO*. 2011; 10 (3)156-171.
5. Carriel Armijos JM. Determinantes psicosociales en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama utilizando criterio de diagnóstico NANDA NIC NOC [trabajo de fin de carrera en Internet]. [Machala]: Universidad técnica de Machala; 2017. Recuperado a partir de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec>
6. Rhoten BA, Deng J, Dietrich MS, Murphy B, Ridner SH. Body image and depressive symptoms in patients with head and neck cancer: an important relationship. *Support Care Cancer*. 2014; 22 (11): 3053-3060.
7. Paiva L, Silva Costa MC, Aparecida Rossi L, Spadoti Dantas RA. Experiencia del paciente politraumatizado y sus consecuencias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18 (6):1-9.
8. Chavelas Hernandez D, Olmeda Garcia B, Alvarado Aguilar S, Ochoa-Carrillo FJ, González- Cardín V, Oñate-Ocaña LF. Alteraciones de la imagen corporal en pacientes con cáncer de nariz sometidos a rinectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14 (1): 36-45.
9. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *JBreast Health*. 2016;12: 145-150.
10. Fauske L, Lorem G, Grov EK, Bondevik H. Changes in the body image of bone sarcoma survivors following surgical treatment- a qualitative study. *Journal of Surgical Oncology*. 2016; 113: 229-234

11. Chumbes Campos E, Meza Castañeda N, Villegas Alcocer R. factores de afrontamiento y adaptación del paciente que será sometido a cirugía plástica- reconstructiva, en un hospital de Lima. [Proyecto de investigación]. [Lima]: Universidad peruana Cayetano Heredia; 2016. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upch.edu.pe>
12. Eiroa-Orosa F, Tasqué-Cebrián R, Fidel- Kinori S, Giannoni- Pastor A, Argüello- Alonso JM. Crecimiento postraumático en pacientes supervivientes de quemaduras. Un estudio preliminar. Acción psicológica. 2012; 9 (2): 47-58.
13. Alcázar- Gabás M, Fidalgo- Pamplona MP, Laplana- Miguel O. Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. Cir.Plást.iberolatinoam. 2014; 40 (2): 159-169.
14. Allué Blanco M. Características psicológicas del gran quemado [Trabajo fin de máster]. [Oviedo]: Universidad de Oviedo; 2013. Recuperado a partir de: <http://digibuo.uniovi.es>
15. Gallach- Solano E, Pérez del Caz MD, Vivó-Benlloch C. perfil psicológico del paciente gran quemado: Prevalencia psicopatológica y variables asociadas. Cir.Plást. Iberolatinoam. 2015; 41(4): 427-436.
16. Gallegos Alvarado M, Rodríguez Salazar A, Murillo Ortiz E, Esquivel Rodríguez E, Alvarado Villa MA. Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas; Adaptación- Afrontamiento. CUIDARTE. 2012;3(1): 326-333.
17. Terrón Moyano R, Campos Lopez MR, Castro Alvarez YM, Metro Sánchez MP. Diseño de un programa de apoyo psicosocial de la enfermera especialista en salud mental dirigido a pacientes ingresados en la unidad de quemados y a sus familiares. Biblioteca Lascasas. 2010; 6 (3)
18. Gajardo Valenzuela CA, González García MFN. Facilitadores implicados en el proceso de rehabilitación del paciente gran quemado [Tesis doctoral]. [Santiago]: Universidad metropolitana de ciencias de la educación; 2014. Recuperado a partir de: <http://sibumcedigital.umce.cl>
19. Fernández- Vega Barreto FL, Puebla Farigola I, Carrillo Vázquez L. alteraciones psicológicas en pacientes ingresados por quemadura. Multimed. Revista médica. Granma. 2015; 19 (1)

20. Martínez Basurto AE, Lozano-Arrazola A, Rodríguez -Velázquez AL, Galindo-velazquez O, Alvarado- Aguilar S. impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. Gaceta mexicana de oncología. 2014; 13 (1): 53-58
21. Pinillos Rodríguez P. cuidado emocional al paciente con quemaduras durante la cura de las lesiones [trabajo fin de grado]. [Soria]: Universidad de Valladolid; 2016. Recuperado a partir de: <http://uvadoc.uva.es>
22. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria [Internet]. Valencia: 2006; 85-89. Recuperado desde: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4964-2006.pdf>
23. Álvarez Suarez JL, Del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales: Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias); 2010.
24. Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2014
25. Moorhead S, Johnson M, Maas MI, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
26. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 5ªed. Barcelona: Elsevier; 2009
27. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnosticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona; 2007

## **8. ANEXOS:**

### **ANEXO 1:**

Características de la imagen corporal según Cash y Pruzinsky:

1. Se forma por percepciones, cogniciones y emociones
2. Las experiencias que la conforman están unidas a los sentimientos sobre el yo
3. Esta determinada socialmente
4. Es un constructo variable
5. Influye en el procesamiento de la información
6. Influye sobre la conducta

*Duran fabré M, Botella L. construcción social de las transformaciones corporales quirúrgicas. Revista de psicoterapia. 2008; 19 (76):17-37.*

### **ANEXO 2:**

Las alteraciones sufridas en la zona de cara y cuello resultan más agresivas.

*Lozano-Arrazola A, Cupil- Rodriguez AL, Alvarado- Aguilar S, Granados-García M. impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes. GAMO. 2011; 10 (3)156-171.*

Presentan mayor vulnerabilidad adolescentes y adultos jóvenes, que comúnmente más importancia dan a su aspecto físico, cuya personalidad se encuentra aún en desarrollo y para los que resulta fundamental la aceptación del entorno social, del mismo modo, se ha demostrado que los pacientes del sexo masculino aceptan mejor los cambios corporales que los del sexo femenino.

*Fauske L, Lorem G, Grov EK, Bondevik H. Changes in the body image of bone sarcoma survivors following surgical treatment- a qualitative study. Journal of Surgical Oncology.2016; 113: 229-234*

### ANEXO 3:

TABLA 1	
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?

Tapia A, Masson L. DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD. *Rev Chil Nutr.*2006; 33 (2):162-169.  
 Recuperado a partir de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071775182006000200005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182006000200005&lng=es)

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
<b>Subescala de ansiedad</b>	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
<b>TOTAL ANSIEDAD</b>	

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria [Internet]. Valencia: 2006; 85-89.  
 Recuperado desde: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4964-2006.pdf>

## ANEXO 4

### Anexo Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.				
	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.				
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.				
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.				
9. A veces me siento verdaderamente inútil.				
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				

*Rojas-Barahona CA, Zegers B, Förster CE. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev Méd Chile. 2009; 137: 791-800.*

## ANEXO 5:

### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORIE GORDON

APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NHC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO MÉDICO (DSM-IV): \_\_\_\_\_  
ALTERACIONES SOMÁTICAS: \_\_\_\_\_  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: \_\_\_\_\_  
TERAPEUTA REFERENTE: \_\_\_\_\_  
ENFERMERA REFERENTE: \_\_\_\_\_  
CONSTANTES: TA: FC:

#### PATRÓN DE PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD:

ASPECTO GENERAL: Adecuado  Descuidado  Extravagante  Meticuloso

HIGIENE PERSONAL: Adecuada  Deficiente

#### HÁBITOS HIGIÉNICOS:

Ducha  Frecuencia \_\_\_\_\_ Higiene dental  Frecuencia \_\_\_\_\_

Baño  Frecuencia \_\_\_\_\_ Higiene cabello  Frecuencia \_\_\_\_\_

ACTITUD ANTE LA ENFERMEDAD: Aceptación  Rechazo  Indiferencia

Sobrevaloración  Negación

#### ADAPTACIÓN AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO:

Cumple visitas: Si  No

Cumple tratamiento farmacológico: Si  No

Causas del incumplimiento: \_\_\_\_\_

#### ADAPTACIÓN PREVIA A RÉGIMEN TERAPÉUTICO:

Cumplía visitas: Si  No

Cumplía tratamiento farmacológico: Si  No

Causas del incumplimiento: \_\_\_\_\_

#### CONSUMO DE TÓXICOS:

Alcohol  Cantidad / día \_\_\_\_\_ Otros  \_\_\_\_\_ Cantidad / día \_\_\_\_\_

Tabaco  Cantidad / día \_\_\_\_\_ Otros  \_\_\_\_\_ Cantidad / día \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO:

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

#### HÁBITOS ALIMENTARIOS:

DESAYUNO: \_\_\_\_\_

ALMUERZO: \_\_\_\_\_

COMIDA: \_\_\_\_\_

MERIENDA: \_\_\_\_\_

CENA: \_\_\_\_\_

VALORACIÓN TIPO DE DIETA: Adecuada  Inadecuada

INGESTA: Normal  Aumentada  Disminuida  Autónoma  Asistida

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN DE ELIMINACIÓN:

INTESTINAL: Frecuencia: \_\_\_\_\_ Trastornos: \_\_\_\_\_

Medidas correctoras: \_\_\_\_\_

VESICAL: Frecuencia: \_\_\_\_\_ Trastornos: \_\_\_\_\_

Medidas correctoras: \_\_\_\_\_

CUTÁNEA: Normal  Aumentada  Disminuida

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO:**

MOVILIDAD: Autónomo  Dependiente  Ortesis  Tipo: \_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO MOTOR: Inhibición  Agitación  Rigidez

Descoordinación  Temblores  Estereotipias  Otros: \_\_\_\_\_

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMIENTO MOTOR:

Controlable  Limitante  Incapacitante

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN COMPORTAMIENTO MOTOR: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN LABORAL: Activo  Desempleo  Jubilado  Pensionista

Profesión: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES DIARIAS: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES DOMÉSTICAS: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE SUEÑO- DESCANSO:**

HORAS SUEÑO NOCTURNO: \_\_\_\_\_ OTROS DESCANSOS: \_\_\_\_\_

ALTERACIONES: Conciliación  Sueño interrumpido  Despertar precoz

Hipersomnia  Cambio ritmo sueño  Pesadillas  Otras: \_\_\_\_\_

MECANISMOS PARA COMBATIR INSOMNIO: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN:**

SEGURIDAD EN SÍ MISMO: Si  No

AUTODESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

AUTOESTIMA: Sobrevaloración de sus capacidades

Infravaloración de sus éxitos  Sobrevaloración de sus errores y desgracias

AUTOVALORACIÓN: Positiva  Negativa

SENTIMIENTOS RESPECTO A LA AUTOVALORACIÓN: Inferioridad

Inutilidad  Culpabilidad  Tristeza  Impotencia  Miedo  Ansiedad

Ridículo  Rabia  Superioridad

IDEACIÓN TANÁTICA: No  Si  Estructura: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO:**

NIVEL DE CONCIENCIA Y ACTITUD RESPECTO AL ENTORNO:

Somnoliento  Confuso  Apático  Hipervigilante  Fluctuante

ORIENTACIÓN ESPACIAL: Si  No

ORIENTACIÓN TEMPORAL: Si  No

ORIENTACIÓN EN PERSONA: Si  No

ORGANIZACIÓN DEL CURSO DEL PENSAMIENTO:

Inhibición  Aceleración  Perseverancia  Disgregación  Incoherencia

ORGANIZACIÓN DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Coherente y organizado  Distorsionado  Ideación delirante

ALTERACIONES PERCEPTIVAS: Si  No

Auditivas  Visuales  Olfativas  Cenestésicas

Descripción: \_\_\_\_\_

EXPRESIÓN DEL LENGUAJE:

Disgregado  Verborreico  Monótono  Monosilábico  Neologismos

Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

Alteraciones en el volumen: Si  No  Descripción \_\_\_\_\_

Alteraciones del tono y/ o la modulación: : Si  No  Descripción \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ROL-RELACIONES:**

ESTRUCTURA FAMILIAR (FAMILIOGRAMA):

PERSONA DE SOPORTE: \_\_\_\_\_

LUGAR DENTRO DE LA FAMILIA Y ROL DESARROLLADO: \_\_\_\_\_

REACCIÓN DE LA FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

PERSONAS CON LAS QUE SE RELACIONA DIARIAMENTE: \_\_\_\_\_

TIPO DE RELACIÓN: Satisfactoria  Insatisfactoria  Indiferente

TIPO DE RELACIÓN CÍRCULO DE AMISTADES:

Satisfactoria  Insatisfactoria  Indiferente  No posee

TERAPIA PSICO-EDUCATIVA: Si  No  Especificar \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN:**

ACTIVIDAD SEXUAL: Satisfactoria  Insatisfactoria  No posee

DISFUNCIONES SEXUALES: Si  No

CONOCIMIENTOS/ USO MEDIDAS ANTICONCEPTIVAS: Si  No

MENSTRUACIÓN: Si  No  Menopausia  Alteraciones

Especificar alteraciones: \_\_\_\_\_

REVISIONES GINECOLÓGICAS ANUALES: Si  No

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

ESTADO DE TENSIÓN/ ANSIEDAD: Generalizado  Temporal

FACTORES DESENCADENANTES: Ideas/ pensamientos  Miedos/ fobias

ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN Y/ O CONTROL DE LA ANSIEDAD:

Somatizaciones  Drogas/ Alcohol/ Tabaco/ Juego patológico  Inhibición

Análisis del problema  Compartir/ Comentar  Otras

Especificar: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

**PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS:**

CREENCIAS RELIGIOSAS: Si  No

Especificar: \_\_\_\_\_

VALORES FAMILIARES: \_\_\_\_\_

DATOS DE INTERÉS: \_\_\_\_\_

D.U.E.: \_\_\_\_\_

*Bustos López R, Piña Martínez AJ, Pastor Molina M, Benítez Laserna A, VÍllora Fernández MP, González Pérez AD. Plan de cuidados estándar de enfermería en artroplastia de cadera. Enfermería Global. 2012; 26: 324-343*