

# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

### FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Importancia de los Cuidados de Enfermería en  
pacientes adultos que sufren trastornos de ansiedad, en  
concreto el trastorno de pánico: un estudio de casos.

Autor: José Eulogio Plaza Peñaranda.

Directora: Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Perán.

Murcia, a 1 de Abril de 2020.







# TRABAJO FIN DE GRADO



## UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE MURCIA

### FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

Importancia de los Cuidados de Enfermería en  
pacientes adultos que sufren trastornos de ansiedad, en  
concreto el trastorno de pánico: un estudio de casos.

Autor: José Eulogio Plaza Peñaranda.

Directora: Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Perán.

Murcia, a 1 de Abril de 2020.



**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO  
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

<b>ALUMNO</b>		<b>CURSO ACADÉMICO: 2019/2020</b>	
Apellidos: Plaza Peñaranda		Nombre: José Eulogio	
DNI: 47095901-C	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: "Importancia de los Cuidados de Enfermería en pacientes adultos que sufren trastornos de ansiedad, en concreto el trastorno de pánico: un estudio de casos"			

La Profesora Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Perán como Directora del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de Abril de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_

④ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649



## **AGRADECIMIENTOS**

Se cierra una segunda etapa emocionante pero a la vez dura de trabajo en la que principalmente dos personas importantes en mi vida me han acompañado en estas dos aventuras en todo momento, ellos han sido mis padres Pepe y Juani sin los cuales no podría haber sido posible completarlas con éxito, todo lo que hoy en día soy es gracias a ellos.

Otras 2 personas primordiales en estos éxitos han sido mi hermana y mi abuela, sin ellas no podría haberlo conseguido. Por eso una y mil veces más gracias.

Agradecer a la Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Navarro Perán por haber sido una excelente directora de este trabajo realizando las correcciones oportunas dando igual el momento y fecha que fuera necesario, gracias.

También es conveniente agradecer a todos los profesores que he tenido en estos años ya que gracias a ellos he podido aprender mucho, no solo académicamente sino personalmente mediante valores, gracias por todo.

Por último, hay una persona que ha estado presente en todo momento en este camino y por tanto quiero agradecerle la suma de su granito de arena a este éxito. Ella es Noelia una persona muy especial e única, mil gracias por todo.



## **ABREVIATURAS**

- ABVDs: Actividades Básicas de la Vida Diaria
- AMC: Alergias Medicamentosas Conocidas
- AP: Ataque de pánico
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- DxEp: Diagnóstico de Enfermería Principal
- ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
- FC: Frecuencia Cardíaca
- FR: Frecuencia Respiratoria
- IgM: Inmunoglobulina M
- IM: Vía Intramuscular
- IMC: Índice de Masa Corporal
- ISRN: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Noradrenalina
- ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- Lxm: Latidos por minuto
- mg: Miligramo
- mmHg: milímetros de mercurio
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PC: Problema de colaboración
- RC: Riesgo de complicación
- rpm: respiraciones por minuto
- SatO2: Saturación de oxígeno
- T<sup>a</sup>: Temperatura
- TA: Tensión Arterial
- TCC: Terapia Cognitivo Conductual
- TP: Trastorno de pánico
- Tto.: Tratamiento
- VO: Vía Oral



## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>XXIII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XXV</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>27</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1. Objetivo general .....	29
2.2. Objetivos específicos .....	29
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>31</b>
3.1. Historia de los trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico .....	31
3.1.1. Generalidad histórica sobre el trastorno de ansiedad .....	31
3.1.2. Origen y evolución del concepto de trastorno de pánico .....	32
3.2. Epidemiología .....	36
3.2.1. Prevalencia de los trastornos de pánico .....	36
3.2.2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad .....	37
3.3. Definición de ansiedad, niveles y factores de riesgo.....	42
3.4. Etiopatogenia de la ansiedad y ataques de pánico. ....	45
3.5. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la CIE y en el DSM-V. ..	48
3.6. Características clínicas y criterios diagnósticos de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad según el DSM-V.....	50
3.6.1. Trastorno de ansiedad por separación. ....	50
3.6.2. Mutismo selectivo. ....	50
3.6.3. Agorafobia. ....	51
3.6.4. Trastorno de ansiedad social.....	51
3.6.5. Fobia específica.....	51
3.6.6. Trastorno de ansiedad generalizada.....	52
3.6.7. Trastorno de pánico. ....	52
3.7. Prevención del trastorno de ansiedad y los ataques de pánico. ....	56
3.7.1. Prevención primaria. ....	56
3.7.2. Prevención secundaria. ....	57
3.7.3. Prevención terciaria. ....	57
3.8. Tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos de pánico. .	59
3.8.1. Tratamiento farmacológico. ....	59



3.8.1.1. Abordaje farmacológico de los trastornos de ansiedad. ....	59
3.8.1.2. Abordaje farmacológico del trastorno de pánico.....	60
3.8.2. Tratamiento no farmacológico.....	61
3.8.2.1. Terapia Cognitiva – Conductual. ....	62
3.8.2.2. Otras técnicas.....	65
3.8.2.2.1. Programa de tratamiento del control del pánico de Barlow. ....	65
3.8.2.2.2. Programa de terapia cognitiva de Clark y Salkovskis.....	65
3.8.2.2.3. Terapia psicodinámica.....	66
3.8.2.2.4. Técnicas de Counselling o consejo asistido. ....	66
3.8.2.2.5. Psicoeducación. ....	66
3.8.2.2.6. Técnicas de relajación.....	67
3.8.2.2.7. La práctica de ejercicio físico. ....	69
3.8.2.2.8. MINDFULNESS.....	70
3.8.2.2.9. Musicoterapia. ....	71
3.8.2.2.10. Biblioterapia.....	71
3.8.2.2.11. Programas on-line. ....	72
3.9. Herramientas prácticas para trabajar el trastorno de ansiedad y el pánico. ....	72
3.9.1. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. ....	73
3.9.2. Hospital, Ansiedad y Depresión. ....	73
3.9.3. Escala de Hamilton para la Ansiedad. ....	74
3.9.4. Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ).....	74
3.9.5. Otras herramientas específicas para el pánico. ....	74
3.9.5.1. Escala de Pánico y Agorafobia.....	74
3.9.5.2. Trastorno de Pánico (Diario del paciente). ....	75
3.10. Aplicación del tratamiento con la Terapia Cognitiva - Conductual (TCC) en el trastorno de pánico y agorafobia. ....	75
3.11. Papel de la Enfermería en este tipo de trastornos. ....	79
<b>4. METODOLOGÍA .....</b>	<b>85</b>
4.1. Diseño del estudio.....	85
4.2. Sujeto del estudio.....	85
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.....	85
4.4. Procedimiento de Recogida de Información.....	86



4.4.1. Fuentes de información: .....	86
4.4.2. Procesamiento de la información: .....	87
4.5. Procesamiento de los datos. ....	87
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>89</b>
5.1. Descripción del caso clínico .....	89
5.2. Valoración del caso .....	90
5.3. Diagnósticos de enfermería por patrones alterados.....	93
5.3.1 Red de razonamiento clínico del DxE principal.....	98
5.3.2. Justificación del diagnóstico principal .....	99
5.4. Problemas de colaboración y riesgos de complicación .....	101
5.4.1. Priorización del riesgo de complicación principal mediante una red de razonamiento basada en el modelo AREA. ....	102
5.4.2. Justificación del riesgo de complicación principal .....	103
5.5. Planificación .....	105
5.5.1. Planificación del DxE principal .....	105
5.5.1.1. Resultado (NOC) .....	105
5.5.1.2 Intervenciones (NIC).....	108
5.5.2.2. Intervenciones de la complicación potencial principal (NIC)....	113
5.6. Ejecución.....	115
Cronograma de intervenciones .....	117
5.7. Evaluación.....	118
5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp .....	118
5.7.2. Evaluación del resultado del RC principal.....	120
<b>6. DISCUSIÓN .....</b>	<b>123</b>
6.1. Limitaciones .....	126
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>127</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>129</b>
<b>9. ANEXO I: MODELO BIFOCAL.....</b>	<b>143</b>



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tabla resumen de cómo a evolucionado el concepto del TP hasta su consideración como entidad diagnóstica propia en el DSM III, en el año 1980. .....	36
Figura 2. Prevalencia del trastorno de ansiedad en un año en diferentes países .....	40
Figura 3. Diferencias en las características de la ansiedad fisiológica y ansiedad patológica. ....	43
Figura 4. Síntomas físicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad.....	44
Figura 5. Niveles de ansiedad .....	44
Figura 6. Imagen del cerebro como órgano generador de las crisis de ansiedad .....	47
Figura 7. Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V y la CIE-10 .....	49
Figura 8. Imagen de la activación del sistema de alarma del organismo .....	53
Figura 9. Síntomas de los ataques de pánico .....	55
Figura 10. Indicaciones de medicamentos para los diferentes trastornos de ansiedad.....	60
Figura 11. Un resumen de lo que producen las conductas de huida a corto y a largo plazo.....	62
Figura 12. Imagen de la técnica de relajación progresiva de Jacobson sentado .....	68
Figura 13. Imagen de la técnica de relajación progresiva de Jacobson en bipedestación .....	69
Figura 14. Consecuencia de la interpretación catastrófica de las sensaciones	76
Figura 15. Imagen resumen de la planificación del tratamiento con TCC .....	78
Figura 16. Como influye los pensamientos en las crisis de pánico .....	82
Figura 17. Red de razonamiento clínico del DxEp .....	98



Figura 18. Red de razonamiento clínico de los riesgos de complicación ..... 102

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Prevalencia año y prevalencia vida de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad según la OMS (ESEMeD-España) en la población adulta española. ....	38
Cuadro 2. Prevalencia año de sufrir cualquier tipo de trastorno de ansiedad según características demográficos. ....	38
Cuadro 3. Puntuación del NOC del DxE principal. ....	106
Cuadro 4. Puntuación de los indicadores del NOC para el DxEp. ....	107
Cuadro 5. Puntuación del objetivo (NOC) del RC principal. ....	112
Cuadro 6. Puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal .....	112
Cuadro 7. Cronograma de intervenciones. ....	117
Cuadro 8. Evaluación de la puntuación del objetivo del DxEp. ....	119
Cuadro 9. Evaluación de los indicadores del objetivo del DxEp. ....	119
Cuadro 10. Evaluación de la Puntuación del NOC del RC principal. ....	121
Cuadro 11. Evaluación de los indicadores del NOC del RC principal. ....	121



## **RESUMEN**

---

**Introducción y Objetivos:** Los trastornos de pánico están englobados dentro de los trastornos de ansiedad según el DSM-V, y consisten en la aparición de ataques de pánico de carácter inesperados y repetitivos. Estos ataques se definen como la aparición inmediata de un miedo o malestar intenso los cuales llegan a alcanzar en pocos minutos su máximo nivel, y en ese tiempo se manifiestan cuatro o más de los síntomas característicos. Sufrir este tipo de trastornos implican que se produzca diversas complicaciones en el funcionamiento de las personas deteriorando la calidad de vida y aumentando la tasa de mortalidad de las mismas. Para tratar estos trastornos se usa la Terapia Cognitiva – Conductual (TCC), en ella podemos encontrar el empleo de una psicoeducación, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva con autoinstrucciones, técnicas y estrategias de exposición progresiva a aquellos factores estresantes, mantenimiento de los logros y prevención de recaídas. Se usa la farmacoterapia en los casos más graves, y en muchas ocasiones en conjunto con las TCC dado que los resultados son mejores. En este tipo de trastornos es clave el abordaje de una buena prevención para disminuir la prevalencia. Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental a la hora de manejar la ansiedad y/o pánico, identificando los casos con escalas y estando preparados para utilizar la TCC. Es clave que la enfermera/o cree una relación terapéutica idónea. Como objetivo principal se propuso: Inferir las diferentes causas que propician los trastornos de ansiedad, y en concreto uno de sus tipos, el trastorno de pánico, para ayudar a comprender como afecta al ser humano, y así poder prevenirlo o abordarlo con éxito. **Metodología:** Para la realización de este trabajo hemos utilizado una metodología cualitativa de tipo estudio de casos. El trabajo comenzó en octubre de 2019 y finalizó en marzo de 2020. Se utilizaron bases de datos tales como Pubmed, sciELO y ScienceDirect; se usaron buscadores como Google Académico, Medline, BUSCAM y Elsevier. **Resultados:** Se lleva a cabo un plan de Cuidados de Enfermería mediante la taxonomía NANDA, NOC y NIC, justificando como diagnóstico principal (00146) Ansiedad y como riesgo de complicación principal

“Conductas de huida”. Los objetivos han sido logrados con éxito. **Discusión:** A la hora de tratar a pacientes que padecen trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico, es necesario averiguar; cual es la causa que propicia los ataques, la clínica que presenta el paciente, el tratamiento farmacológico como no farmacológico acorde con el trastorno y antes de todo esto es importante realizar una buena prevención. **Conclusiones:** en síntesis, es importante la prevención a nivel primario y especializado de los ataques de ansiedad y/o pánico. Una vez instaurado el trastorno es clave el empleo adecuado del tratamiento no farmacológico junto con el farmacológico para tratar el trastorno.

**Descriptor:** Pánico, trastorno de pánico, ansiedad, trastornos de ansiedad, terapia, terapia cognitivo-conductual, causas.

## ABSTRACT

---

**Introduction and objectives:** Panic disorders are encompassed within anxiety disorders according to DSM-V, and consists of unexpected and repetitive panic attacks. These attacks are defined as the immediate appearance of a fear or intense discomfort able to get to the maximum level in a few minutes, while four or more symptoms are manifested. Suffering from these kind of disorders implies that there are many complications in the functioning of people, lessening their quality of life and increasing their mortality rate. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is used to treat with these disorders, in witch we can find the use of psychoeducation, relaxation techniques, cognitive restructuring with self-instructions, techniques and strategies of progressive exhibition to those stressors, sustaining the progress, and relapse prevention. Pharmacotherapy is used in the worst cases together with the CBT since the results are better. For these type of disorders the prevention is key to reduce the prevalence. Nursing professionals have a fundamental role to manage anxiety or panic, identifying the cases with scales and being prepared to use CBT. It is key for the nurse to build an ideal therapeutic relationship with the patient. The main objeive was: Deduce the different reasons that cause anxiety disorders, and specifically one of them, the panic disorder, to help understand how it affects the human being, and be able to prevent or address it successfully. **Methodology:** To make this project we used a qualitative methodology from case studies. The project began in October 2019 and ended in March 2020. Databases such a Pubmed, sciELO and ScienceDirect were used to make it, together with search engines like Google Scholar, Medline, BUSCAM and Elsevier. **Results:** A nursing care plan is carried out through the NANDA, NOC and NIC using taxonomy, justifying as the main diagnosis (00146) Anxiety, and "Escape behaviors", as the risk of major complication. The objeives had been achieved successfully. **Discussion:** When treating patients suffering from anxiety disorders, especially panic disorder, it is necessary to find out what causes the attacks, the clinic presented by the patient, the pharmacological treatment as the non pharmacological according to the disorder and before all of these it's important to perform a good prevention. **Conclusions:** In short, the prevention is primary

and deeply important with anxiety or panic attacks. Once the disorder is there, the proper use of non pharmacological treatment along with the pharmacological treatments, is key to treat the disorder.

**Descriptors:** Panic, panic disorder, anxiety, anxiety disorders, therapy, cognitive behavior therapy, causes.

## 1. INTRODUCCIÓN

---

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) el trastorno de pánico se encuentra dentro de un grupo de trastornos llamados los trastornos de ansiedad, y está constituido por ataques de pánico que son inesperados y repetitivos. Los ataques de pánico por otro lado son definidos como la aparición súbita de un miedo o malestar de carácter intenso los cuales llegan a alcanzar en pocos minutos su máximo nivel, y en ese tiempo se manifiestan cuatro o más de los síntomas característicos (García & Contreras, 2019).

Dentro de los trastornos psiquiátricos se encuentran los trastornos de ansiedad, siendo estos los más frecuentes con un 17% de prevalencia. El 25% de las personas adultas lo padecen en algún momento de sus vidas, siendo por tanto un trastorno de alta prevalencia convirtiéndose en un problema de salud pública, comparándose con la depresión. También se ha observado una comparación del trastorno de ansiedad con la diabetes mellitus en los pacientes atendidos en atención primaria (García-Herrera Pérez-Bryan, et al., 2015) (Reyes-Ticas, 2010) (Orozco & Baldares, 2012) (Macías-Carballo et al., 2019).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en el sexo femenino que en el sexo masculino, siendo dicha incidencia el doble. (Orozco & Baldares, 2012) (Goncalves & Rodríguez, 2015).

Asimismo, un meta-análisis (12 estudios) detalló que la prevalencia estimada, en la población general europea, de los TP, se encuentra aproximadamente en un 2%. En el ámbito de la atención primaria española se ha observado una prevalencia de este trastorno del 7% de los atendidos y un 0,6% de prevalencia en la población general. Se ven incrementados los trastornos de pánico de manera progresiva durante la adolescencia y terminando en su nivel máximo en la madurez. La edad de comienzo de este tipo de trastorno está alrededor del final de la adolescencia inicio de la adultez (Ayala, 2012) (Barlow & Durand, 2014) (Osma López, 2009) (Vindel et al., 2011).

Se han realizado estudios epidemiológicos que han detallado que al menos el 13% - 16% de la población general sufrirán un ataque de pánico a lo largo de sus vidas (Osma López, 2009).

Sufrir este tipo de trastornos implican que se produzca diversas complicaciones en el funcionamiento de las personas deteriorando la calidad de vida y aumentando la tasa de mortalidad de las mismas (Cisneros & Ausin, 2019).

Para tratar este tipo de trastornos se ha demostrado notable efectividad el uso de la Terapia Cognitiva – Conductual (TCC), en ella podemos encontrar el empleo de estrategias como la psicoeducación, técnicas de relajación (tanto respiratorio como muscular), una reestructuración cognitiva con autoinstrucciones, técnicas y estrategias de exposición progresiva a aquellos factores estresantes, un mantenimiento de los logros, y prevención de recaídas. Cuando los casos son muy graves se hace uso de farmacoterapia y en muchas ocasiones en conjunto con las TCC dado que se ha visto mejores resultados (Alea, 2018) (Galve, 2008) (Campos, 2008) (Serrano & Morales, 2015).

El abordaje en este tipo de trastornos de una buena prevención es clave, como sería el caso de una prevención primaria para reducir la prevalencia que se está produciendo. En el caso de la prevención secundaria se deberá realizar una detección precoz y empleo de tratamientos para los nuevos casos que vayan surgiendo. Y por último en el caso de la prevención terciaria se buscará evitar el riesgo de recaídas y disminución de la discapacidad (Orozco & Baldares, 2012).

Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental a la hora de manejar la ansiedad y/o pánico, es importante que la enfermera/o cree una relación terapéutica idónea con el paciente. Éstos se encargan de identificar aquellos pacientes que presentan ansiedad y/o pánico mediante herramientas como pueden ser las escalas, y también están capacitados para aplicar la TCC para tratar de solventar la patología (Saldaña et al., 2012) (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018) (Blan, Tomás & Baute, 2009).

## 2. OBJETIVOS

---

### 2.1. Objetivo general

Inferir las diferentes causas que propician los trastornos de ansiedad, y en concreto uno de sus tipos, el trastorno de pánico, para ayudar a comprender como afecta al ser humano, y así poder prevenirlo o abordarlo con éxito.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Enumerar las características clínicas y los criterios diagnósticos de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad, y el trastorno de pánico, en particular.

2. Detallar los diferentes tipos de tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, que se suelen llevar a cabo de un modo individualizado en personas que presentan trastorno de ansiedad, y en concreto en el trastorno de pánico.

3. Identificar las estrategias para abordar el trastorno de ansiedad y los ataques de pánico, así como prevenirlos.

4. Elaborar un plan de cuidados utilizando la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para la redacción de los diagnósticos, nursing outcomes classification (NOC) para la elaboración de los objetivos y nursing interventions classifications (NIC), sobre la importancia de los Cuidados de Enfermería en pacientes adultos que sufren trastornos de ansiedad en concreto el trastorno de pánico.



### **3. MARCO TEÓRICO**

---

#### **3.1. Historia de los trastornos de ansiedad y el trastorno de pánico**

##### **3.1.1. Generalidad histórica sobre el trastorno de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad en lo referente a la Historia guardan una relación estrecha con el concepto clínico empleado de neurosis. Convirtiéndose la ansiedad a lo largo de la historia con el paso del tiempo en la heredera principal de las neurosis (Ojeda Cesar, 2003).

En el siglo XVIII se detallan los primeros descubrimientos de esta patología gracias al médico escocés William Cullen, en el año 1769 hacía referencia a una patología de los “sentidos” y del “movimiento”, la cual no producía ni fiebre idiopática, ni afección local. William Cullen había visto una afectación a nivel del sistema nervioso que conducía a la persona a un estado de nerviosismo (Actual & Mercedes, 2012).

Lo detallado por William Cullen posteriormente no se mantuvo por mucho tiempo, lo que da lugar a un nuevo cambio sobre el origen y los síntomas de la neurosis (Garcés Vasconez, 2019).

El autor Georget (1795 – 1828) volvió a definir las neurosis como patologías crónicas e intermitentes, sin presentar lesiones en las personas a nivel anatómico después de la muerte, haciendo alusión a su bajo peligro, pero si se observaba un gran sufrimiento en las personas que las sufrían. Georget detallaba por entonces que las neurosis podían producir cefaleas frecuentes, locura, hipocondría, catalepsia, corea, histeria, palpitaciones nerviosas, asma, gastralgia y neuralgias (Sarudiansky, 2013).

En el transcurso de la conceptualización del concepto de ansiedad aparece en el siglo XX un médico neurólogo austriaco llamado Sigmund Freud, “padre del psicoanálisis”, influyendo en el paso de un punto de vista biológico a un modelo psicodinámico. Sigmund Freud acuñó el término “neurosis de angustia” haciendo referencia a un estado de ansiedad. Freud adopta una postura diversa a William Cullen y Georget haciendo referencia a que la

ansiedad es una señal del Yo que muestra la necesidad de supervivencia, y que cuando se habla de afectación de todo el cuerpo es considerado el fenómeno como un indicativo de que el cuerpo está en peligro (Anna & Freud, 1939).

Con la creación de los manuales diagnósticos esta concepción cambia, dado a la necesidad que surge de clasificar las sintomatologías de las diferentes patologías, en el DSM III ya se reemplaza el término de neurosis, y se comienza a clasificar el concepto de ansiedad como trastorno (Garcés Vasconez, 2019).

### **3.1.2. Origen y evolución del concepto de trastorno de pánico**

Nos encontramos referencias del trastorno de pánico en la mitología griega de la mano del dios griego Pan. Pan era un dios de talla pequeña, feo con aspecto humano sin tener en consideración partes del cuerpo que poseía como sus orejas, cuernos, patas y barba de cabra. La mitología cuenta que era un dios tranquilo y además perezoso, y que una de sus cosas preferidas era poder dormir la siesta. Cuando Pan no podía disfrutar de este placer aquellos que le fastidiaban este privilegio eran asustados por el mismo Pan con un grito súbito, fuerte, inesperado y aterrador desde un bosque o una gruta proporcionándoles, erizamiento del cabello. Este grito junto con su aspecto creaba terror y conductas de huida a quienes estaban cerca de él, ya fuesen humanos, ninfas e incluso dioses. El concepto de “terror pánico”, o simplemente “pánico”, es aquel que proporcionaba el dios Pan, y se ha mantenido hasta nuestros días. Estas características detalladas por la mitología griega presentan similitudes a las que posee el trastorno de pánico en la actualidad (Maero, 2013).

Los ataques de pánico (AP) fueron descubiertos y definidos hace mucho tiempo por diversas autoridades médicas, sin embargo, el trastorno de pánico (TP) obtuvo su reconocimiento oficial como entidad diagnóstica propia y categoría psiquiátrica en el año 1980, a través del manual DSM III (Osma López, 2009).

Entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se identifican diferentes denominaciones con mucha similitud a lo que a día de hoy se le conoce como el trastorno de pánico (Osma López, 2009).

En el año 1871 Jacob Mendes Da Costa identificó la sintomatología de mareos, palpitaciones y otros síntomas sin causa explicativa en 200 soldados de la Guerra Civil norteamericana y lo llamó a este suceso “corazón irritable”, también conocido como “síndrome Da Costa”. Posteriormente Lewis en el año 1917 en un suceso parecido en la 1ª Guerra Mundial que denominó “síndrome de esfuerzo”, lo catalogó como una alteración visualizada en soldados de esta guerra con constitución débil tanto a nivel físico como psíquico. Lewis apuntaba que la causa podría ser la acidosis sanguínea que se producía por diversos cambios en el dióxido de carbono circulante (Osma López, 2009).

De igual modo tuvo importancia en el año 1918 los estudios epidemiológicos de Oppenheim junto con Cohen y White en los años 40 y 50. Este grupo de autores acuñaron el término de “astenia neurocirculatoria” (Osma López, 2009).

En lo referente al ámbito psicológico y de la Psiquiatría encontramos a Westphal, dicho autor en el año 1871 le dio nombre al concepto de agorafobia, definiéndola principalmente como “la ansiedad desencadenada por los espacios abiertos”. Westphal indica que dicha ansiedad se veía disminuida si la persona estaba acompañada por otra persona, portaba un bastón o paraguas, o consumía alcohol (Osma López, 2009).

Justo un año antes, en 1870, el autor Benedikt ya había hecho referencia nombrando el mismo síndrome, pero con la diferencia de hacer referencia al mareo y no a la ansiedad. Benedikt utilizó el término Platzschwindel, mareo en lugares públicos (Osma López, 2009).

En 1894, encontramos un autor crucial en la evolución del concepto de trastorno de pánico, contextualizando la “neurosis de angustia”, dándole un significado como estado de ansiedad que producía irritabilidad e hipersensibilidad auditiva, siendo el síntoma principal destacado la expectación

ansiosa. Esta situación podría llevar a afectar a la conciencia de la persona produciendo “ataques de ansiedad” en la misma, con síntomas de alteración cardíacas, respiratorias, vértigo, etc. Lo que detalló Freud sobre los estados de ansiedad dentro de las “neurosis de angustia”, tuvo aceptación y fue seguida hasta mitad de nuestro siglo (Osma López, 2009).

Asimismo, Roth entre los años 1959 y 1960 diferenció un tipo de síndrome que presentaba entidad propia dentro de la neurosis de ansiedad, dicho síndrome era el síndrome de despersonalización fóbico-ansioso. Pero no tuvo mucha trascendencia en los estudios con referencia al TP ya que consideraron que lo que detallaba Roth era el concepto de agorafobia (Osma López, 2009).

Se produce un cambio radical posteriormente con los estudios de Klein, concretamente en el año 1964 sobre un fármaco llamado *imipramina*, también denominado este hecho como “disección farmacológica”. Klein planteó que la *imipramina* sería beneficiosa para aquellos pacientes que sufrieran esquizofrenia en los cuales los síntomas psicóticos parecían mostrar relación con la ansiedad elevada. Pero lo planteado no resultó efectivo y la *imipramina* no tuvo efecto en aquellos síntomas psicóticos, sino que esta droga sí que tuvo un efecto de mejora en el estado de ánimo de los pacientes que tenían esquizofrenia y además en la depresión. Esta droga se usó también en pacientes esquizofrénicos que padecían una ansiedad muy elevada sin delirios ni alucinaciones, siendo nefasto el resultado en la mejora de la ansiedad crónica de estos pacientes, pero si disminuyeron los ataques de pánico que presentaban los mismos. Klein se vio sorprendido ya que según lo detallado por otros autores sobre la diferencia existente entre la ansiedad crónica y aguda era cuantitativo, le llevó a Klein a preguntarse, ¿por qué la *imipramina* obtenía resultado en la forma más grave de ansiedad y no en la forma de gravedad moderada?. Este suceso le llevó a Klein a concluir que existía una diferencia entre el pánico espontáneo y las demás formas de ansiedad existentes, y además detalló que la agorafobia era producida a consecuencia del pánico (Osma López, 2009).

Pitts y McClure en el año 1967 reforzaron lo descubierto por Klein ya que mostraron que había posibilidad de inducir voluntariamente ataques de pánico a pacientes administrándoles lactato sódico por la vía endovenosa. De este modo, se vuelve a diferenciar el concepto de ataques de pánico considerándolos como algo diferente a la ansiedad general, la ansiedad anticipatoria y la evitación fóbica (Osma López, 2009).

Este hecho lleva a cabo el nacimiento del trastorno de pánico como entidad diagnóstica. En el año 1975 el autor Spitzer propone que se diferencie la ansiedad generalizada del trastorno de pánico. Y ya en el año 1980 por primera vez el trastorno de pánico aparece como entidad diagnóstica propia en el manual DSM III por la *American Psychiatric Association* (APA, 1980) dentro de los estados de ansiedad, diferenciándose también de la agorafobia ya que esta se incluyó en el grupo de los trastornos fóbicos. (Osma López, 2009) (Márquez, Arenoso & Caruso, 2011).

<b>Autor</b>	<b>Año</b>	<b>Descubrimiento/ Aportación</b>
Boissier de Sauvages	1752	<i>Panophobia</i> : agitación intensa del cuerpo y sentimientos de terror
Hope	1832	Descripción clara y gráfica del pánico en su manual de cardiología
Benedickt	1870	<i>Platzschwindel</i> : mareo en los lugares públicos
Da Costa	1871	<i>Corazón irritable o síndrome Da Costa</i> : descripción de síntomas anatómicos sin explicación en 300 soldados americanos
Westphal	1871	<i>Agorafobia</i>
Freud	1894	<i>Neurosis de angustia y expectación ansiosa</i> . Diferencias cuantitativas entre las distintas manifestaciones del pánico.
Lewis	1917	<i>Síndrome de esfuerzo</i> . Causa: acidosis sanguínea producida por cambios en el CO2
Oppenheim	1918	Estudios epidemiológicos
Cohen y White	1940 1950	<i>Astenia neurocirculatoria</i>
Roth	1959 1960	<i>Síndrome de despersonalización fóbico-ansiosa</i>
Klein	1959 1964	Diseción farmacológica: Estudios con Imipramina. Diferencias cualitativas entre el pánico espontáneo y las demás formas de pánico. La agorafobia es consecuencia del pánico
Pitts y McClure	1967	Inducción de AP mediante lactato sódico. AP cualitativamente distinto a la ansiedad general
Spitzer	1975	Diferenciación entre TP y Ansiedad Generalizada
DSM-III (APA, 1980)	1980	TP con entidad diagnóstica propia y la AG dentro de los trastornos fóbicos.

*Figura 1.* Tabla resumen de cómo a evolucionado el concepto del TP hasta su consideración como entidad diagnóstica propia en el DSM III, en el año 1980.

Recuperado a partir de Osma López, 2009.

## **3.2. Epidemiología**

### **3.2.1. Prevalencia de los trastornos de pánico**

Se ha demostrado que el trastorno de pánico se da con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Alrededor del 2% de la población europea durante un año cumple con los criterios diagnósticos de trastorno de

pánico (5 millones de personas aproximadamente), y lo sufren este trastorno aproximadamente el 5% de las personas en algún momento de sus vidas. La edad media del comienzo de los trastornos de pánico es entre los 20 y 24 años. La mayoría de las crisis de pánico se dan en la pubertad o al final de ella (Ayala, 2012) (Barlow & Durand, 2014) (Osma López, 2009).

En el ámbito de la atención primaria, con diferentes estudios, se ha podido observar la prevalencia al año de personas que padecen trastornos de pánico con un porcentaje muy alto del 7%, por otro lado se ha visto que la incidencia de la población general española es del 0,6% (Vindel et al., 2011).

Solamente un 30% de las personas españolas que sufren trastorno de ansiedad piden atención sanitaria, y menos del 1% de estos pacientes reciben tratamiento solamente psicológico, por lo que se tiende al tratamiento farmacológico con benzodiazepinas en exclusividad (Vindel et al., 2011).

Diferentes estudios epidemiológicos han podido observar que entre el 13% - 16% de la población en general padecen por lo menos un ataque de pánico a lo largo de sus vidas. Por otro lado hay estudios que han llegado a la conclusión de que un 10% de la población padece ataques de pánico de manera eventual (Osma López, 2009).

Los pacientes que padecen trastornos por ataques de pánico son más propensos para sufrir enfermedades somáticas como la úlcera gastroduodenal y la hipertensión arterial. Se ha visto aumentado también el riesgo de suicidio. Según el estudio Weissman Klerman, Markowitz y Oullette (1989) el 20% de los pacientes que sufren de trastorno de pánico, en algún momento de sus vidas han tenido conductas suicidas (Osma López, 2009) (González, 2007).

### **3.2.2. Prevalencia de los trastornos de ansiedad**

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 realizó un estudio de carácter epidemiológico acuñado con el nombre de Proyecto ESEMeD-España donde daba a luz datos sobre los trastornos mentales, en concreto, el trastorno de ansiedad detallado en prevalencia-año, y prevalencia-vida, rigiéndose por la clasificación empleada en el DSM-IV (Haro, et al., 2006).

*Cuadro 1.* Prevalencia año y prevalencia vida de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad según la OMS (ESEMeD-España) en la población adulta española.

DIFERENTES TRASTORNOS DE ANSIEDAD	Prevalencia-año (%)			Prevalencia-vida (%)		
	Varón	Mujer	<b>Total</b>	Varón	Mujer	<b>Total</b>
Trastorno de pánico	0.38	0.98	<b>0.60</b>	0.95	2.39	<b>1.70</b>
Trastorno de estrés postraumático	0.25	0.94	<b>0.50</b>	1.06	2.79	<b>1.95</b>
Fobia específica	1.19	4.20	<b>3.60</b>	2.32	6.54	<b>4.52</b>
Agorafobia	0.15	0.60	<b>0.30</b>	0.47	0.56	<b>0.62</b>
Fobia social	0.57	0.64	<b>0.60</b>	1.06	1.28	<b>1.17</b>
Trastorno ansiedad generalizada	0.44	1.18	<b>0.50</b>	1.15	2.57	<b>1.89</b>

Fuente. Elaboración propia. Recuperado a partir de Haro et al., 2006.

En función de las características demográficas (sexo, edad, estado civil, educación y empleo) de la población estudiada por la OMS en el proyecto ESEMeD-España en el año 2002, se calculó la probabilidad que había de sufrir cualquier trastorno de ansiedad, véase tabla 2 (Haro, et al., 2006).

*Cuadro 2.* Prevalencia año de sufrir cualquier tipo de trastorno de ansiedad según características demográficos.

CUALQUIER TIPO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD	PREVALENCIA AÑO (%)	
	<b>Sexo</b>	Varón
Mujer		7.6

<b>Edad (años)</b>	18-24	7.8
	25-34	4.2
	35-49	4.5
	50-64	6.0
	>65	3.9
<b>Estado civil</b>	Casado/a o con pareja	5.0
	Anteriormente casado/a	7.1
	Nunca casado/a	4.8
<b>Educación (años)</b>	5-8	5.7
	9-12	5.0
	>13	4.7
<b>Empleo</b>	Empleo remunerado	4.5
	Desempleado/a	7.8
	Jubilado/a	3.9
	Amo/a de casa	6.6
	Estudiante	4.5
	Baja maternal	7.3
	Discapacidad	9.0

Fuente. Elaboración propia. Recuperado a partir de Haro et al., 2006.

Dentro de los trastornos psiquiátricos nos encontramos los trastornos de ansiedad, siendo los más frecuentes dentro de este grupo con un 17% de prevalencia, y alrededor del 25% de los adultos sufren este trastorno en algún momento de su vida, convirtiéndolo en un trastorno de alta prevalencia (García-Herrera Pérez-Bryan, et al., 2015) (Reyes-Ticas, 2010).

Se ha estimado la prevalencia de los trastornos de ansiedad a nivel mundial con un porcentaje del 14% en la población durante un año (García & Contreras, 2019).

Los trastornos mentales se han convertido en un problema de salud pública dado al aumento de su prevalencia. En concreto los de ansiedad son los considerados con mayor frecuencia en personas de cualquier edad, tanto en la infancia, adolescencia y adultez. Se observa un constante aumento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad. En determinadas encuestas realizadas de carácter epidemiológico se ha observado que los trastornos de ansiedad llegan a ser más comunes que la depresión en adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) apreció en el año 2015 una prevalencia a nivel mundial del 3,6% en trastornos de ansiedad (Macías-Carballo et al., 2019).

Como podemos observar en la figura 2 cada país ha obtenido una prevalencia diferente en un rango de entre 2,4% como sería el caso de Italia, y un 25% en el caso de Nueva Zelanda (Macías-Carballo et al., 2019).

<b>País</b>	<b>Prevalencia general de los trastornos de ansiedad</b>	<b>Criterio diagnóstico</b>	<b>Año de publicación</b>
<b>Nueva Zelanda</b>	25%	DSM-IV	2018
<b>Estados Unidos</b>	16.6-19%	DSM-IV	2016-2018
<b>Colombia</b>	14.4%	DSM-IV	2018
<b>Francia</b>	13.7%	DSM-IV	2018
<b>México</b>	8.4- 29.8%	DSM-IV	2016,2018
<b>España</b>	6.6%	DSM-IV	2018
<b>Japón</b>	4.5%	DSM-IV	2016,2018
<b>Nigeria</b>	4.2%	DSM-IV	2018
<b>Italia</b>	2.4%	DSM-IV	2016
<b>Perú</b>	9.6%	DSM-IV	2011
<b>Venezuela</b>	8.1%	DSM-IV	2011

*Figura 2.* Prevalencia del trastorno de ansiedad en un año en diferentes países.

Recuperado a partir de Macías-Carballo et al., 2019.

Los trastornos de ansiedad son considerados las patologías mentales más comunes mostrando una prevalencia alta del 2% – 8% en la población general y registrando un 10% - 12% de prevalencia en las consultas de atención primaria. Y en cuanto a las personas hospitalizadas se han registrados cifras de entre el 25% - 40% de las personas sufren algún tipo de trastorno de ansiedad (Orozco & Baldares, 2012) (Reyes-Ticas, 2010).

Se ha podido ver que los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia en el sexo femenino, siendo 2 veces (2:1) mayor la prevalencia que en sexo masculino. Por lo tanto, las mujeres son más propensas a desarrollar un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Orozco & Baldares, 2012) (Goncalves & Rodriguez, 2015).

A diario se atienden muchas personas en el servicio de atención primaria, pues bien, se ha constatado que 1 de cada 10 personas atendidas presentan un trastorno de ansiedad, comparando esta prevalencia con la famosa diabetes mellitus (Orozco & Baldares, 2012).

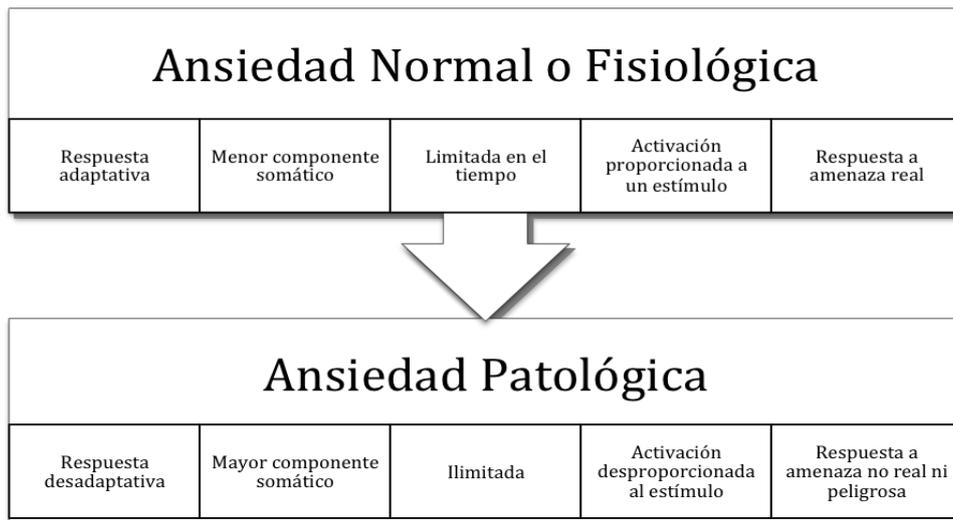
Estos trastornos de ansiedad suponen una complicación en el funcionamiento de las personas, conllevan a un deterioro muy importante en la calidad de vida asociándose a una mayor tasa de mortalidad (Cisneros & Ausin, 2019).

El Proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), ha obtenido datos epidemiológicos de seis países europeos, Francia, Bélgica, Italia, Holanda, Alemania y España, detallando que el 13,6% de la población de estos países habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida, y otro dato anual es que el 6,4% lo habían sufrido en el último año del estudio (Arenas & Puigcerver, 2009) (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004).

### **3.3. Definición de ansiedad, niveles y factores de riesgo**

La ansiedad es definida como una emoción básica de carácter universal la cual se activa en el momento en que la persona considera que se encuentra ante situaciones amenazadoras. Por tanto, se considera a nivel biológico como un estado de alerta que surge como respuesta adaptativa, de aparición frecuente, ante estas situaciones peligrosas constituyendo un elemento primordial para la supervivencia del ser humano donde todos los individuos hemos experimentado un grado moderado de ansiedad como método de defensa ante ciertas situaciones. La ansiedad no deja de ser una emoción y como el resto de emociones presenta un carácter multidimensional haciendo entrar en juego tres sistemas en el ser humano: el sistema cognitivo, el fisiológico y el motor (conductual) (Cisneros & Ausín, 2019) (Marrero & del Rivero, 2019) (Maldonado & Sánchez Méndez, 2017).

La manifestación de la ansiedad se puede ver presente tanto en animales como en seres humanos. La ansiedad como tal, dentro de los valores moderados, no es perjudicial para la salud, sino que realmente es útil ya que al aparecer en situaciones que el ser humano considera peligrosas esta activa la función de alarma, activando por consiguiente en el ser humano los sentidos, facilitando así poder solventar dichas situaciones que serían dañinas. Ahora bien, por el contrario, se considera una ansiedad anormal, convirtiéndose en un trastorno, cuando los niveles son superiores en frecuencia e intensidad al peligro real produciendo un estado emocional nocivo limitando la vida del ser humano (Santesteban et al., 2019). Por lo tanto, podemos hablar de dos tipos de ansiedad: la ansiedad normal o fisiológica y la ansiedad patológica. Cada una de ellas presenta sus características definitorias, véase figura 3 (López et al., 2012).



*Figura 3.* Elaboración Propia. Diferencias en las características de la ansiedad fisiológica y ansiedad patológica.

Recuperado a partir de López et al., 2012.

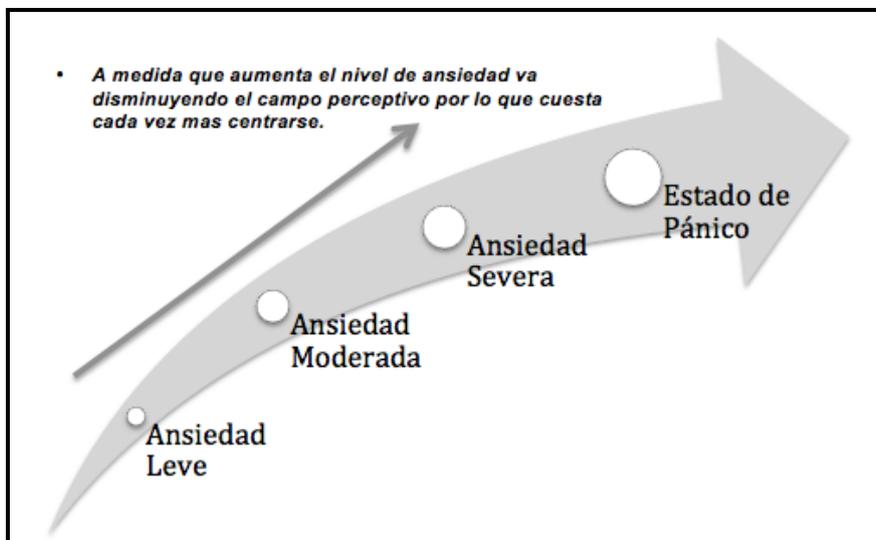
La ansiedad nos la podemos encontrar acompañada de síntomas que pueden ser físicos, síntomas psicológicos y síntomas conductuales, véase figura 4 (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) (American Psychiatric Association, 2014).

Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos	Síntomas Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad</li> <li>• Temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.</li> <li>• Palpitaciones, dolor precordial, disnea</li> <li>• Náuseas, vómito, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo</li> <li>• Micción frecuente</li> <li>• Problemas en la esfera de lo sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación, aprensión, sensación de agobio</li> <li>• Miedo a perder el control, sensación de muerte inminente</li> <li>• Dificultades para la concentración, quejas de pérdidas de memoria</li> <li>• Irritabilidad, desasosiego, inquietud</li> <li>• Conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición psicomotora, obsesiones o compulsiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Frecuentes bloqueos</li> <li>• Respuestas desproporcionadas a estímulos externos</li> </ul>

*Figura 4.* Elaboración Propia. Síntomas físicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad.

Recuperado a partir de Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008, American Psychiatric Association, 2014.

Los niveles de ansiedad que se pueden dar son los siguientes: La ansiedad leve, la ansiedad moderada, la ansiedad severa y por último el estado de pánico. La ansiedad leve está caracterizada por sensaciones de incomodidad transitorias. El nivel moderado de ansiedad hace referencia al rango normal de ansiedad, pero se observa una disminución del campo de percepción viéndose dificultad a la hora de mantener la concentración. La ansiedad severa donde persisten los pensamientos de angustia, lo que provoca continuamente el pensamiento de que algo malo va a suceder sin salir este pensamiento de la cabeza, llevando por último al estado de pánico (Maldonado & Sánchez, 2017).



*Figura 5.* Elaboración Propia. Niveles de ansiedad.  
Recuperado a partir de Maldonado & Sánchez, 2017.

Una vez la ansiedad se ha convertido en patológica, se convierte en el síntoma principal del trastorno de ansiedad, el TA consiste en un conjunto de enfermedades con las características generales de miedo excesivo, evitación de amenazas percibidas, angustia, ataques de pánico, preocupación o temor excesivo, tensión o activación la cual produce un malestar o un deterioro de las actividades del individuo (Márquez & Jimenez, 2019) (Macías-Carballo et al., 2019).

Los trastornos de ansiedad son considerados las patologías mentales más comunes, comprendiendo un gran grupo, alcanzando un estado que incapacita al ser humano dependiendo de la sintomatología que este presente (Macías-Carballo et al., 2019).

Son múltiples los factores de riesgo que nos encontramos para los trastorno de ansiedad, tenemos el historial familiar de ansiedad (violencia, comportamientos sobreprotectores), factor genético, experiencias adversas vividas en la vida (abusos físicos o sexuales, separaciones de los padres y los maltratos a nivel emocional), condición médica, sexo (habiendo una mayor prevalencia en el sexo femenino), factores socioeconómicos y étnicos (grupos minoritarios pobres como algunos inmigrantes), factores culturales y por último el abuso de sustancias (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína...) (Macías-Carballo et al., 2019) (Wood et al., 2009) (Scholten, 2015).

### **3.4. Etiopatogenia de la ansiedad y ataques de pánico.**

Entre las causas de los trastornos de ansiedad están incluidos los factores biológicos, ambientales y psicosociales. Pero no terminan de ser totalmente conocidos (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

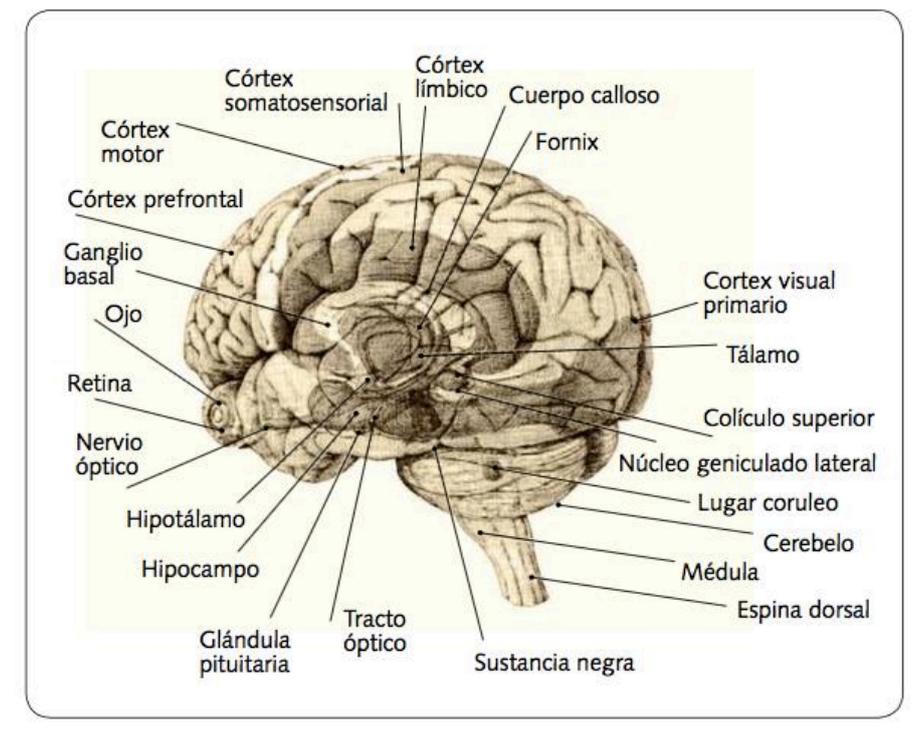
En lo que respecta a los factores biológicos se han observado diferentes alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, encontrándose también estructuras anómalas en el sistema límbico (córtex paralímbico), es una de las regiones con mayor afectación del cerebro. En

cuanto a lo biológico existe predisposición genética a la hora de sufrir un trastorno de pánico (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Asimismo, hay hallazgos de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida. En cuanto a los factores psicosociales para el trastorno de ansiedad se observan las situaciones que conllevan estrés, el ambiente familiar como puede ser algunas pérdidas de seres queridos, las experiencias amenazadoras de vida y las posibles preocupaciones en exceso. Otros agentes psicosociales podrían ser problemas en las relaciones interpersonales, económicos, laborales, etc (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Diferentes estudios han propuesto explicar los trastornos de ansiedad mediante un modelo neuroanatómico donde el tronco cerebral, más específicamente el locus coeruleus, sería la zona generadora de las crisis de ansiedad, y el sistema límbico se convertiría en la región donde estaría situada la ansiedad anticipatoria, mientras que las conductas de evitación se darían en el córtex prefrontal (Ayala, 2012).

A día de hoy se considera que las anomalías en la función de los núcleos cerebrales como es el caso de la amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, hipotálamo y el tronco encefálico son los que se encargan de generar los trastornos de ansiedad (Macías-Carballo et al., 2019).



*Figura 6.* Imagen del cerebro como órgano generador de las crisis de ansiedad.  
 Recuperado a partir de Ayala, 2012.

La etiología exacta de los trastornos de pánico se desconoce. Se ha podido observar que se activan las mismas zonas del cerebro en respuesta cuando se sufre de temor y cuando se padece un ataque de pánico (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).

Hay investigadores que consideran que para que se produzcan los ataques de pánico debe entrar en juego un mecanismo nervioso central de alarma. Estos deben tener una relación con los mecanismos de regulación respiratoria del organismo, por lo que cuando estamos cansados el cerebro produce lactato de sodio o dióxido de carbono, el aumento de esta sustancia propicia una señal errónea al cerebro que interpretará de manera errónea un estado de asfixia, de tal modo que llevaría a un distrés respiratorio, enviando señales para aumentar la respiración para así conseguir más oxígeno, y a su vez provocaría hiperventilación, pánico y huida. Esta mala interpretación de

asfixia iría relacionada a un exceso de sensibilidad de los quimiorreceptores medulares al dióxido de carbono (Ayala, 2012) (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).

Los fármacos encargados de aumentar los niveles de serotonina y GABA se ha visto que resultan tener una eficacia en el tratamiento de los trastornos de pánico ya que los neurotransmisores de serotonina y ácido gamma aminobutírico son los que realizan una función de calma en el cerebro (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).

Destacamos que, la amígdala cerebral junto con el sistema límbico, mantienen una importante acción de regulación de los ataques de pánico ya que se encargan de la regulación de las posibles respuestas emocionales como por ejemplo el miedo y la ansiedad (Guía clínica de crisis de pánico, 2013) (Cedillo Ildefonso, 2017).

### **3.5. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la CIE y en el DSM-V.**

Los trastornos de ansiedad son clasificados en dos modalidades, una de ellas es la “Clasificación Internacional de Enfermedades” abreviado (CIE), y la otra, y más utilizada en la literatura médica, es la utilizada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (Macías-Carballo et al., 2019).

DSM-5	CIE-10
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos</b>
Trastorno de ansiedad por separación.	
Mutismo selectivo.	
	Trastorno de ansiedad fóbica:
Agorafobia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Agorafobia.</li> <li>▸ Sin trastorno de pánico.</li> <li>▸ Con trastorno de pánico.</li> </ul>
Trastorno de ansiedad social.	Fobia social.
Fobia específica.	Fobias específicas (aisladas).
	Otros trastornos de ansiedad fóbica.
	Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
Trastorno de pánico.	Trastorno de pánico.
Trastorno de ansiedad generalizada.	Trastorno de ansiedad generalizada.
	Trastorno mixto ansioso-depresivo.
	Otro trastorno mixto de ansiedad.
	Otros trastornos de ansiedad especificada.
	Otros trastornos de ansiedad no especificado.
	Trastorno obsesivo-compulsivo.
	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
	Trastornos disociativos (de conversión).
	Trastornos somatomorfos.
	Otros trastornos neuróticos.

*Figura 7.* Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V y la CIE-10.

Recuperado a partir de American Psychiatric Association, 2014; Organización Panamericana de la Salud, 2010.

Se observa en esta nueva clasificación de los trastornos de ansiedad por el DSM-V, en comparación al anterior DSM-IV, la clasificación de los trastornos por angustia (trastorno de pánico) y la agorafobia de un modo independiente como diagnósticos por separado, ya que hasta entonces habían estado unidos como un diagnóstico único (American Psychiatric Association, 2014) (Feliú, 2014).

### **3.6. Características clínicas y criterios diagnósticos de los diferentes tipos de trastornos de ansiedad según el DSM-V.**

A continuación, se detallan los diferentes criterios diagnósticos y características de cada uno de los tipos del trastorno de ansiedad detallados según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (Feliú, 2014).

#### **3.6.1. Trastorno de ansiedad por separación.**

Las características clínicas que nos encontramos para el TA por separación corresponde con el padecimiento de un miedo o ansiedad muy intenso y constante, que sufre una persona al tener que vivir la experiencia de la separación de un ser querido con el que tenía formado un vínculo muy fuerte. Además, debe reunir un mínimo de tres características clínicas relacionadas con la preocupación, malestar a nivel psicológico de manera subjetiva, sufrimiento al sentir rechazo a quedarse solo en casa viviendo o la necesidad de desplazarse a otro lugar y padecimiento de pesadillas o también síntomas físicos en consecuencia de la separación (Feliú, 2014).

Otros criterios que pueden ayudar para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación sería que el miedo, la ansiedad o la conducta de evitación por lo menos se debe dar en un mínimo de 6 meses para los adultos y un mínimo de 4 semanas en niños y adolescentes (Feliú, 2014).

#### **3.6.2. Mutismo selectivo.**

Entre las características clínicas existentes en el mutismo selectivo encontramos la incapacidad permanente de hablar o responder a otras personas en determinadas situaciones sociales donde se espera que debe realizarse sin ningún tipo de problema, ya que en otras situaciones si se realiza sin problemas, como por ejemplo en casa y con familiares ya que se considera un ambiente cómodo (Feliú, 2014).

Otros criterios que podemos encontrar a la hora de diagnosticar el mutismo selectivo sería, que la duración mínima de este sea de 1 mes sin considerar su aplicación en el primer mes de asistencia a la escuela (Feliú, 2014).

### **3.6.3. Agorafobia.**

En la agorafobia las características clínicas que podemos observar es un miedo o ansiedad que se da siempre ante 2 o más situaciones agorafóbicas como por ejemplo los trasportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, realizar colas o estar presente en medio de multitud de personas y estar solo/a fuera de casa. En estas situaciones es característico que se tienda a evitar, se necesita de algún acompañante, o se soportan, pero con miedo o ansiedad. La persona que sufre de agorafobia tiende a evitar estas situaciones por miedo a no poder huir o recibir ayuda en el caso de que se manifiesten los síntomas de pánico, otros síntomas que incapaciten o síntomas que produzcan vergüenza en la persona. El miedo, la ansiedad o la posible conducta de evitación al menos debe producirse en un tiempo mínimo de 6 meses desde su inicio (Feliú, 2014).

### **3.6.4. Trastorno de ansiedad social.**

Las características clínicas de este trastorno se dan en base al miedo o ansiedad que puede padecer una persona siempre ante una o más situaciones sociales donde la persona está expuesta al posible examen por parte de otros. La persona se siente retraída ya que siente temor a actuar de mala manera o dejar ver síntomas de ansiedad que puedan llegar a ser juzgados de un modo negativo, por parte de los que observan a la persona. Se debe dar en un mínimo de tiempo de 6 meses el miedo, la ansiedad o las conductas de evitación (Feliú, 2014).

### **3.6.5. Fobia específica.**

En la fobia específica se da como características clínicas la aparición de un miedo o ansiedad de intensidad elevada y persistentes de carácter inmediato, y forma invariable que se padece ante un objeto o bien una situación determinada, acompañada de conductas de evitación, o que sin embargo son soportadas con un miedo o ansiedad muy intenso. Esta fobia específica puede darse con los animales, entorno natural, sangre, herida, inyecciones, situacional u otras. Este miedo, ansiedad o la conducta de evitación que se sufre en dichas situaciones se debe manifestar al menos en un mínimo de 6 meses (Feliú, 2014).

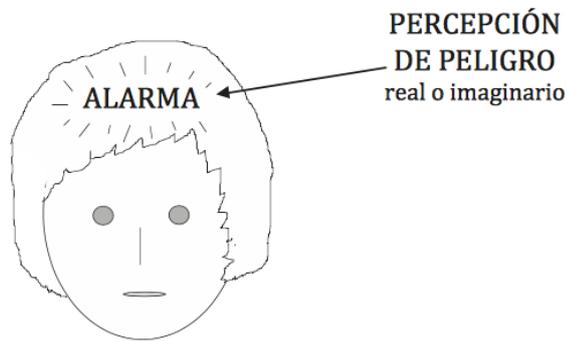
### **3.6.6. Trastorno de ansiedad generalizada.**

En este grupo se sufre como característica clínica una ansiedad y preocupaciones excesivas, que perduran de un modo que las personas no pueden controlar sobre diversas situaciones, asociándose con al menos 3 o más síntomas de activación exagerada a nivel fisiológico. La emoción de ansiedad o preocupación se deben sufrir en la mayoría de los días durante como mínimo un periodo de 6 meses para que este trastorno sea diagnosticado correctamente (Feliú, 2014).

### **3.6.7. Trastorno de pánico.**

Cuando hablamos de ataque de pánico, también conocido como: crisis de angustia, crisis de pánico, nos referimos al padecimiento de un episodio súbito en el que su principal manifestación es un sentimiento de terror y aprensión, ya sea miedo a la muerte, a enloquecer o a enfermar, que aparece con frecuencia y de un modo brusco sin esperarlo en ausencia de peligro real, y que tiende a ser desbordante, acompañado de síntomas de carácter somático como la disnea, palpitaciones y pérdida breve del sentido. Cuando suceden estos ataques de pánico se tiene la sensación de peligro o muerte inminente y una necesidad urgente de escapar. En el ataque de pánico se puede ver presente como síntoma la ansiedad (Guía clínica de crisis de pánico, 2013) (Ayala, 2012) (Alea, 2018).

La intensidad de la sintomatología de estos ataques suele llegar a su máximo en menos de 10 minutos, y cesando en unos 20 – 30 minutos aproximadamente. Se crea en la persona una ansiedad anticipatoria debido a la repetición de estas crisis de pánico, creando esto una enorme limitación en el desempeño de sus actividades diarias dado además al miedo que se crea en la persona el pensar que puede volver a padecer un nuevo episodio (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).



*Figura 8.* Imagen de la activación del sistema de alarma del organismo.

Recuperado a partir de Roca, 2015.

Se producen diversos cambios en el organismo cuando se activa el sistema de alarma fisiológica (Roca, 2015):

- Se libera las hormonas de adrenalina y noradrenalina produciendo en la persona nerviosismo y a la vez inquietud.
- La frecuencia cardíaca se ve aumentada junto con la fuerza del latido, produciéndole así a los músculos mayor cantidad de sangre y mejor eliminación de toxinas por lo que es más fácil la huida y atacar.
- Hiperventilación lo que produce esta es un aumento de la cantidad de aire respirado síntoma que indica que estás preparado para la huida o la lucha.
- La sangre se dirige a aquellas zonas en las que se necesitaría ante una situación de peligrosidad por lo que otras zonas como las extremidades quedarían sin ella produciéndose temblores en manos y pies.
- Se produce midriasis preparando al organismo para el peligro que se percibe y por lo tanto se podría percibir las cosas de manera errónea.
- Se siente miedo y por consiguiente se producen conductas de huida para salvar la vida.

Muchas de las personas que sufren los ataques de pánico tienen además un síndrome de agorafobia, padeciendo muchos temores centrados en los siguientes aspectos: el padecimiento de un miedo relacionado al abandono del hogar, miedo también al encontrarse lejos de sus hogares o simplemente a sufrir la soledad. Estas características les hace sentirse atrapados e indefensos por lo que lo siguiente es realizar una conducta de evitación de estas situaciones por miedo a sufrir de nuevo las crisis de pánico creando limitaciones en sus vidas. La edad de inicio del trastorno de pánico es al final de la adolescencia aproximadamente (Guía clínica de crisis de pánico, 2013) (Rodríguez, Mendal & Rojas, 2018).

El trastorno de pánico (TP) consiste en la presencia recurrente de crisis de pánico como característica principal, siendo inesperadas y espontáneas sin existencia de factores externos u objetos que las produzcan. Este trastorno tiene como rasgos que lo caracterizan el famoso miedo al miedo que equivale al miedo persistente que sucede en una persona cuando siente que va a volver a sufrir un nuevo episodio de crisis produciéndole la ansiedad anticipatoria que define este trastorno (Ayala, 2012).

Para poder diagnosticar el trastorno de pánico se deben cumplir los siguientes criterios (punto A y punto B, posteriormente detallados), más aparte que los ataques de pánico sufridos no sean a consecuencia de efectos fisiológicos directos de una posible sustancia, enfermedad médica o enfermedad mental (punto C) (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).

**Punto A:** Se deben dar ataques de pánico de un modo recurrente y sin esperarlos siendo caracterizados por un miedo intenso o malestar, en un determinado periodo de tiempo, en el que 4 o más de los síntomas mostrados en la *Figura 8* se producen velozmente alcanzando su máximo en el tiempo de aproximadamente unos 10 minutos (Guía clínica de crisis de pánico, 2013):

<p><b>Síntomas autonómicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Palpitaciones.</li> <li>• Sudoración.</li> <li>• Temblores o sacudidas de los hombros.</li> <li>• Sequedad de boca.</li> </ul>	<p><b>Síntomas en el pecho y abdomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar.</li> <li>• Sensación de ahogo.</li> <li>• Dolor o malestar en el pecho.</li> <li>• Náuseas o malestar abdominal.</li> </ul>
<p><b>Síntomas relacionados con el estado mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento.</li> <li>• Despersonalización o desrealización.</li> <li>• Miedo de perder el control, volverse loco o muerte inminente.</li> <li>• Miedo a morir.</li> </ul>	<p><b>Síntomas generales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofocos o escalofríos.</li> <li>• Sensación de entumecimiento u hormigueo.</li> </ul>
<p><b>Síntomas de tensión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión muscular o dolores y parestesias.</li> <li>• Inquietud y dificultad para relajarse.</li> <li>• Sentimiento de estar "al límite" o bajo presión o de tensión mental.</li> <li>• Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.</li> </ul>	<p><b>Otros síntomas no específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta de alarma exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.</li> <li>• Dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, debido a la preocupación o ansiedad.</li> <li>• Irritabilidad persistente.</li> <li>• Dificultad para conciliar el sueño.</li> </ul>

*Figura 9. Síntomas de los ataques de pánico.*

Recuperado a partir de Guía clínica de crisis de pánico, 2013.

**Punto B:** Se ha debido seguir uno de los ataques de pánico por el tiempo de 1 mes de uno o más síntomas de los siguientes (Guía clínica de crisis de pánico, 2013):

- Sentir miedo de que vuelva a suceder el ataque de pánico.
- Sentir preocupación en lo referente a la implicación de los ataques o de las consecuencias de los mismos (como serían la pérdida de control, sufrir un ataque cardiaco o alcanzar la locura).
- Sufrir un cambio de mala adaptación en el comportamiento en relación con los ataques de pánico (como, por ejemplo, comportarse de un modo que se eviten los ataques de pánico, evitación de la realización de ejercicio o evitar situaciones que no sean familiares).

**Punto C:** Los ataques de pánico sufridos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos directos de una posible sustancia (como sería una droga, un medicamento), enfermedad médica o enfermedad mental (Guía clínica de crisis de pánico, 2013).

### **3.7. Prevención del trastorno de ansiedad y los ataques de pánico.**

La prevención de la ansiedad se convierte en un método muy importante dentro del ámbito de la atención primaria. El modo correcto para realizar una buena prevención de la ansiedad es mediante la identificación de aquellas personas con un alto riesgo para los trastornos de ansiedad y aportar estrategias para disminuir el riesgo de la misma (Prevención primaria). Por otro lado, se deberá realizar una detección precoz y el empleo de un tratamiento adecuado para aquellos nuevos casos que vayan surgiendo (Prevención secundaria). Y, por último, una vez instaurada la ansiedad se deberá disminuir el posible riesgo de recaídas, y en los casos donde la sintomatología sea prolongada y muy severa se deberá disminuir la discapacidad y minusvalía que puedan ser provocadas por la ansiedad (Prevención terciaria) (Orozco & Baldares, 2012). A continuación, detallamos cada una de ellas en mayor profundidad.

#### **3.7.1. Prevención primaria.**

En esta prevención se deberá identificar a aquellas personas de alto riesgo, y por consiguiente evaluar los factores de riesgo (Orozco & Baldares, 2012).

- Nos encontramos como factores de riesgo que guardan relación con las experiencias, aquellos factores estresantes de carácter crónico, posibles problemas interpersonales y de empleo, los acontecimientos vitales que sean estresantes y las enfermedades agudas o las crónicas (Orozco & Baldares, 2012).

- Y los factores de riesgo que guardan relación con la vulnerabilidad de la persona, son de personalidad (rasgo predisponente a sufrir problemas de

ansiedad), de estilo cognitivo (prejuicios y distorsiones cognitivas) y por último, algo que también crea vulnerabilidad en la persona a padecer ansiedad sería la ausencia de apoyo social (Orozco & Baldares, 2012).

### **3.7.2. Prevención secundaria.**

En la prevención secundaria el profesional sanitario de atención primaria deberá detectar precozmente aquellos casos en los que la persona padezca problemas físicos y no sean de un diagnóstico clásico, quedando así aumentada la probabilidad de ser detectado este problema psicológico (ansiedad), siendo eficientes en las exploraciones y a nivel económico evitando un gasto excesivo (Orozco & Baldares, 2012).

También se debe instaurar en esta prevención secundaria un tratamiento precoz de los nuevos casos que vayan surgiendo. En atención primaria es importante que como tratamiento se realicen intervenciones a nivel psicológico, mediante “terapias de solución de problemas” donde el profesional sanitario trabaja de la mano del paciente para averiguar de dónde o porqué sucede la ansiedad, y de este modo se utiliza un programa de acciones para modificar sus conductas. Este programa consiste en (Orozco & Baldares, 2012):

- 1º se definen los problemas en términos del paciente.
- 2º se sitúan los problemas según el grado de importancia.
- 3º se reflexiona y se busca soluciones para dicho problema.
- 4º se escoge la mejor solución para hacer frente al problema mediante planes detallados.
- 5º se pone en práctica.
- 6º por último, se evalúa el resultado obtenido.

### **3.7.3. Prevención terciaria.**

En la prevención terciaria se le da importancia a la prevención de las recaídas y reducción del daño una vez sucedido.

El objetivo para reducir el riesgo de recaídas consiste en aumentar la sensación de control del propio paciente, que el paciente detecte los síntomas del inicio de la recaída, que el paciente sepa cuáles son las situaciones de alto riesgo de recaídas para así afrontarlas con estrategias, y por último, es importante motivar al paciente para que siga llevando a cabo aquellas habilidades y destrezas que aprendió en la terapia (Orozco & Baldares, 2012).

En cuanto a la reducción del daño es importante que este grupo de pacientes sea derivado a una unidad de salud mental para que sean evaluados y obtengan herramientas para un mejor manejo de la ansiedad. En atención primaria, por otro lado, se realizan estrategias para la reducción del daño mediante la explicación reiterada, y un reforzamiento positivo del diagnóstico de ansiedad, también se ofrecen consultas programadas para seguir los problemas que se puedan dar entre consultas, y de este modo poder resolverlos. Se ayuda a identificar los problemas interpersonales y se busca ayuda para estos, y se estimula al paciente para que haga uso de los sistemas de apoyo sociales informales existentes (Orozco & Baldares, 2012).

La OMS está a favor y recomienda la implantación de programas donde se le de prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de los problemas. Se ha calculado que en el mundo alrededor del 15 – 30% de los niños y adolescentes padecen algún trastorno mental. Se sabe que la mayoría de estos están sin diagnosticar por lo que se requiere intervenciones comunitarias para su detección precoz por parte de los profesionales de enfermería (Santos & Vallín, 2018).

En cuanto a la relación que tienen estos trastornos con una edad más temprana (edad escolar) es importante la figura de la enfermera escolar aparte de la atención primaria, dado que estas se complementan, para un mejor manejo de la ansiedad. Esta enfermera lleva a cabo un trabajo muy importante a la hora de la prevención y detección precoz de este tipo de trastornos. Pero todavía no está explotada esta figura como debería estarlo, ya que se ha visto

que alrededor del 35 – 50% de las personas que sufren trastornos mentales no están llevando a cabo ningún tipo de tratamiento (Santos & Vallín, 2018).

### **3.8. Tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos de pánico.**

#### **3.8.1. Tratamiento farmacológico.**

##### **3.8.1.1. Abordaje farmacológico de los trastornos de ansiedad.**

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad se divide en dos grupos dependiendo de su utilidad; por un lado, los fármacos que previenen los episodios de ansiedad, y por el otro aquellos fármacos que se encargan de la ansiedad aguda (Combs & Markman, 2014).

Como grupo farmacológico de primera elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad está constituido por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), o también los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN). Que estos dos tipos de medicamentos hayan sido elegidos antes que los antidepresivos tricíclicos es debido a que se toleran mejor y tienen una menor toxicidad en dosis elevadas. Existe otra opción que sería la mirtazapina, bien de un modo único o combinándolo con uno de los anteriores (Combs & Markman, 2014).

Hasta la 4 o la 8 semana no se ve la eficacia de los ISRS. Puesto que las benzodiazepinas tienen una acción más inmediata en la ansiedad, y es considerada de elección para las primeras semanas. Se ha visto que las benzodiazepinas de vida media más corta y con rápido inicio de acción tienden a provocar con mayor prevalencia ansiedad de rebote, por lo que es menos aconsejable este tipo. Hay que tener especial atención en los pacientes que hayan sufrido anteriormente de abuso de sustancias ya que se deberán evitar o disminuir las benzodiazepinas ya que producen dependencia (Combs & Markman, 2014).

Trastorno de ansiedad	Clases farmacológicas				
	Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina)	Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina (Duloxetina)	Agonistas Gabaérgicos Benzodiacepinas (Alprazolam, Clonazepam, Diazepam)	Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina Antidepresivos tricíclicos (Doxepina, Imipramina)	Agonista parcial del receptor 5-HT1A y Receptores a dopamina D2 y D3. Azapirona (Buspirona)
Por separación	✓				
Mutismo selectivo	✓				
Fobia específica	✓				
Ansiedad social	✓	✓			
Trastorno de pánico	✓	✓	✓	✓	
Agorafobia	✓				
Ansiedad generalizada	✓	✓			✓
Inducida por sustancias /medicamentos	✓				
Ansiedad debido a otra afección médica	✓				
Ansiedad especificados y no especificados			✓	✓	✓

Figura 10. Indicaciones de medicamentos para los diferentes trastornos de ansiedad.

Recuperado a partir de Macías-Carballo et al., 2019.

### 3.8.1.2. Abordaje farmacológico del trastorno de pánico.

El tratamiento inmediato va dirigido a disminuir la ansiedad, utilizando alprazolam 0,5 – 1 mg de un modo sublingual (benzodiacepina) pudiéndose repetir el fármaco a los 15 – 20 minutos aproximadamente si la situación lo requiere. Además, esta intervención farmacológica inmediata debe ir acompañado de ciertas medidas de información, conductuales y de apoyo para tranquilizar e informar al paciente dentro de un ambiente tranquilo, realizándole también técnicas de relajación, etc. Hay que tener en consideración que hay algunas crisis de pánico que ceden a los 5 – 10 minutos por lo que muchas veces la remisión es espontánea propia de la característica del ataque y no el fármaco (Ayala, 2012).

El tratamiento de mantenimiento tiene como fundamento eliminar las crisis de pánico, aquí es importante la combinación de la psicoterapia y la farmacoterapia (incluye antidepresivos y benzodiacepinas). Se combinan en el inicio del tratamiento los antidepresivos, con las benzodiacepinas, ya que se aprovecha que estas últimas poseen una rápida acción y a las pocas semanas se van retirando, por la capacidad que tienen para crear dependencia. Pero estos no son fármacos considerados de primera elección para el trastorno de pánico. Los fármacos considerados de primera elección son los ISRS (Ayala, 2012).

Se puede abordar de dos modos diferentes el trastorno de pánico, uno sería el uso de ISRS como modo de prevención y las benzodiacepinas de tipo clonazepam o alprazolam en los casos de episodios agudos (Navarro-Mateu, Garriga-Puerto & Sánchez-Sánchez, 2010).

### **3.8.2. Tratamiento no farmacológico.**

Son utilizadas intervenciones de tipo psicoterapéutico con estrategias de tipo cognitivo – conductual acompañadas de técnicas de exposición al estímulo que provoca la ansiedad, para así ayudar al paciente a superar las creencias que le han llevado a crear una desadaptación, y conductas de evitación que hacen que la patología se vuelva más severa siendo reforzada (Macías-Carballo, 2019).

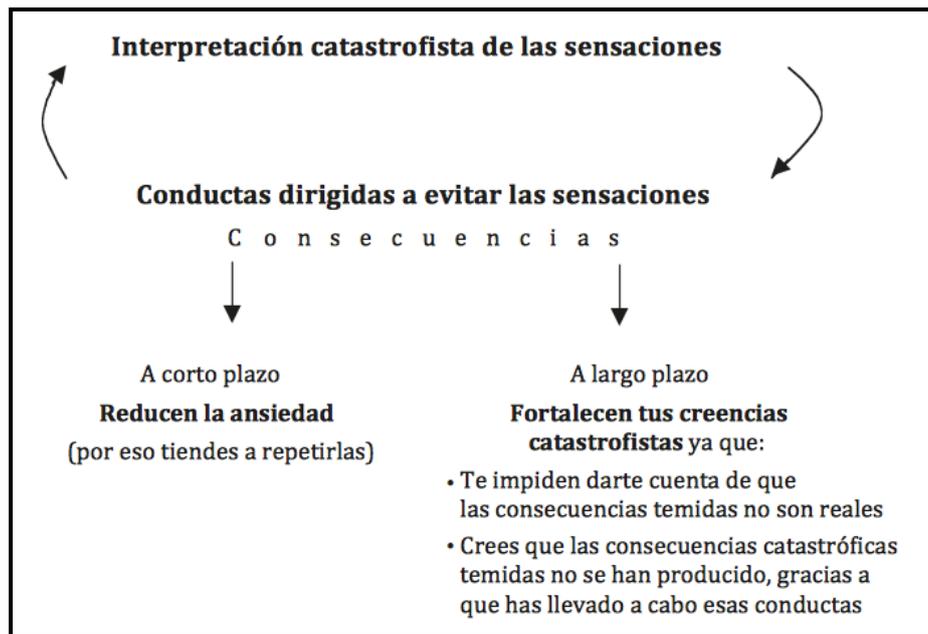


Figura 11. Un resumen de lo que producen las conductas de huida a corto y a largo plazo.

Recuperado a partir de Roca, 2015.

### 3.8.2.1. Terapia Cognitiva – Conductual.

El método de elección para tratar los trastornos de ansiedad es la terapia cognitiva – conductual (TCC) la cual se basa en 3 aspectos principalmente: en la interrelación de los pensamientos de la persona, las acciones y los sentimientos (Combs & Markman, 2014).

La TCC está enfocada a ayudar a la persona que padece ansiedad y/o pánico a que comprenda problemas que son de índole complejos convirtiéndolos en problemas más pequeños. Este desglose de los problemas ayuda a la persona a ver la relación que guardan las diferentes partes desglosadas y de qué modo le afectan (Combs & Markman, 2014).

Esta terapia trabaja el aspecto de cómo nuestros pensamientos, acciones y contactos con otras personas pueden afectarnos al estado de ánimo de las personas. Por lo que la TCC está organizada para instruir a las personas que la necesitan del siguiente modo: en primer lugar, la persona debe entender

de donde proviene la mala adaptación de las preocupaciones sobre las diferentes situaciones sociales que vive, es clave que la persona identifique los pensamientos y creencias que mantienen asociación con las situaciones sociales, y, por último, el paciente debe realizar tareas de exposición para modificar los pensamientos de desadaptación (Beck, 2011).

Las técnicas que se ocupan del control de la ansiedad facilitan al paciente obtener un mayor control de sus preocupaciones y miedos mediante estrategias de distracción. La TCC emplea diferentes metodologías como son las de relajación y respiración, reestructuración a nivel cognitivo, detección del pensamiento y la resolución de problemas (Beck, 2011).

#### *Parte de la terapia conductual.*

En la terapia conductual se ayuda al paciente a que elabore una lista de las diferentes situaciones que evita, dándoles una puntuación según el grado que haya experimentado de ansiedad. Se usan autorregistros para los ataques de pánico o episodios de ansiedad donde el paciente debe escribir las emociones que le produce, los pensamientos que le surgen, y los comportamientos que emplea ante estas situaciones. Es importante aquí emplear un entrenamiento que permita el manejo de los síntomas sufridos junto con una enseñanza de técnicas de relajación y aprender ejercicios de respiración para controlar la hiperventilación presente en las crisis. Se engloban aquí las técnicas de autocontrol, de autoreforzamiento o la autoobservación. Se emplea un entrenamiento dirigido a habilidades sociales. En esta etapa se lleva a cabo técnicas de exposición progresiva donde se le hace imaginar al paciente un ataque de pánico o una situación de ansiedad y se le pide que comente lo que siente en el momento, aconsejándole que no rechace la ansiedad de modo que es como la podrá controlar y acostumbrarse. Se le indica al paciente que debe aceptar de una manera gradual aquellas situaciones que evita. A medida que transcurren las sesiones se discuten los progresos y dificultades que han surgido y se evalúa la situación del paciente (Ham, Waters & Oliver, 2005) (Navarro-Mateu, Garriga-Puerto & Sánchez-Sánchez, 2010) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el

Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) (Santos & Vallín, 2018).

*Parte de la terapia cognitiva.*

En la parte cognitiva de la TCC se trabaja la reestructuración cognitiva de la persona, siendo un modelo de entrenamiento en el que se ayuda a la persona a que desarrolle la capacidad de identificación de sus cogniciones desadaptadas, y sea capaz de ponerlas en contraste con la realidad además de modificarlas creando pensamientos racionales propios de la persona. Esta terapia está orientada a cambiar la percepción de las personas en el sentido de cómo se ven, y los temores que poseen. El paciente es preparado para que sus pensamientos sean analizados, y así, apartar las posibles creencias disfuncionales de las que, si son reales, se eliminan las creencias catastróficas que le llevan a padecer ansiedad o pánico, y se trata de cambiar el pensamiento hacia un pensamiento más racional donde la persona se da cuenta de sus conductas de desadaptación e intente modificarlas. Se emplean técnicas de resolución de problemas enseñando métodos de priorización de objetivos (Gonzales, 2017) (Santos & Vallín, 2018). Se ha demostrado mediante estudios científicos la alta efectividad de los tratamientos con terapia cognitiva – conductual (TCC) grupal en los trastornos de pánico en el ámbito de la atención primaria (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) (Marti Esquitino, Martín García-Sancho & Garriga Puerto, 2011).

La terapia cognitiva – conductual (TCC) busca que la persona que padezca de ansiedad y/o pánico sea capaz de alguna manera de controlar su pensamiento y reacciones, impidiendo que se introduzca en su pensamiento diferentes ideas de peligro y amenaza. Teniendo capacidad de no activar de manera errónea su sistema de alarma ante situaciones futuras que no sean de peligro real. La TCC se aplica entorno de unas 10 a 20 semanas siendo orientada hacia objetivos, y basándose en habilidades que pretenden: reducir los errores que la ansiedad ha provocado a la hora de interpretar los estímulos como amenaza, reemplazar las conductas de evitación y buscar

comportamientos que sean seguros (Roca, 2015) (Macías-Carballo et al., 2019).

Se ha observado que la TCC produce beneficios como terapia ante el trastorno de ansiedad generalizada, y el trastorno de pánico frente a otros tratamientos que pueden producir dependencia y efectos secundarios. En particular la TCC en el trastorno de pánico es igual de eficaz que el tratamiento farmacológico, y si estas dos terapias se combinan todavía el resultado es aún más eficaz (Galve, 2008) (Campos, 2008).

En atención primaria se utiliza en la mayor parte de las veces el tratamiento farmacológico para tratar el trastorno de pánico, y no se les da uso a las TCC aún habiendo demostrado la evidencia científica que dichas técnicas de carácter psicológico, que tienen mayor eficacia incluso desarrollándose en grupo, y también se ha demostrado que son más eficientes que el tratamiento convencional que se pauta en atención primaria (Vindel et al., 2011).

En internet podemos encontrar programas de TCC, dado que existen, y cuentan con apoyo empírico y podrían ser útiles para los profesionales sanitarios como una herramienta eficaz y sobretodo económica para conseguir una mayor reducción de la prevalencia del trastorno de pánico (Vindel et al., 2011).

### **3.8.2.2. Otras técnicas.**

#### **3.8.2.2.1. Programa de tratamiento del control del pánico de Barlow.**

Este programa se compone de un componente educativo, de la exposición en vivo como elemento principal del programa, reestructuración cognitiva, entrenamiento tanto de respiración como relajación y una serie de ejercicios para casa en las que se practica la exposición a las sensaciones internas y externas (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

#### **3.8.2.2.2. Programa de terapia cognitiva de Clark y Salkovskis.**

Este programa indica que los ataques de pánico recidivantes son producidos por una interpretación catastrófica y por tanto errónea de las

sensaciones que tiene la persona lo que le lleva a aumentar la ansiedad, y esta aumenta por consiguiente las sensaciones iniciales (circulo vicioso). El programa se compone de un componente educativo, reestructuración cognitiva siendo el elemento principal del programa, procedimientos del comportamiento, abandono de las conductas de seguridad que se ha creado el paciente (amuletos, etc.) y ejercicios para casa como pueden ser realizar registros cognitivos, etc.) (Rodriguez, Menal & Rojas, 2018).

#### **3.8.2.2.3. Terapia psicodinámica.**

En este tipo de técnicas se busca la finalidad de ayudar a la persona a entender los síntomas y los posibles problemas que le sucedan, de un modo empático donde el psicoterapeuta mira, entiende y recibe la ansiedad de la persona que necesita la ayuda, y posteriormente éste se la devuelve para que el paciente pueda identificarla, y aceptarla consiguiendo así la superación de la misma (Santos & Vallín, 2018).

#### **3.8.2.2.4. Técnicas de Counselling o consejo asistido.**

Estas técnicas consisten en analizar junto con el paciente el problema intentando entenderlo de un modo eficaz y se capacita al paciente marcándole unos objetivos y unas metas determinadas (Santos & Vallín, 2018).

#### **3.8.2.2.5. Psicoeducación.**

Otra de las terapias no farmacológicas es la intervención de la psicoeducación útil empleada para prevenir y promocionar la salud en el ámbito de la salud mental. La evidencia científica la recomienda a nivel individual y a nivel grupal para estos trastornos, como método de elección o alternativo. La psicoeducación consiste en educar a los pacientes que padecen de trastorno mental para así conseguir que comprendan la situación, y tenga la persona la capacidad de vivir con sus dificultades. Esta técnica incide con refuerzo positivo en los puntos fuertes de la persona, en los recursos, las habilidades de las personas con ansiedad para que se adecuen a la situación que sufren, evita las posibles recaídas y busca conseguir la salud y el bienestar de las personas. El enfoque de la intervención de tipo educativo está basado en: implicar al paciente de un modo activo, en analizar el problema del paciente y en intentar

solucionarlo reduciendo la dependencia sobre los recursos sanitarios (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008)

Una nueva forma de tratar los trastornos de ansiedad es mediante la psicoeducación y las técnicas de relajación siendo realizadas estas intervenciones por el profesional de Enfermería. Esta técnica y la de relajación se encuentran incorporadas dentro de las TCC (Sánchez et al., 2014).

#### **3.8.2.2.6. Técnicas de relajación.**

Como tratamiento psicológico la relajación es considerada una técnica con eficacia en el trastorno de ansiedad generaliza, y el ataque de pánico consistiendo en que el paciente controle sin ayuda de ningún recurso externo su estado de activación mediante el control respiratorio y la relajación muscular progresiva, podemos considerar (Galve, 2008):

- *Control de la respiración:* Esta técnica se lleva a cabo sentado o bien tumbado y con los ojos cerrados dentro de un ambiente con calma donde el paciente sea capaz de identificar sus sensaciones corporales cuando inspira y expira sin ninguna estimulación ambiental que altere la situación de la persona. Con una respiración a nivel abdominal, en la que la etapa de inspiración dure 4 segundos y la espiración sea de 8 segundos, se canaliza energía hacia el cuerpo mediante el aumento de la máxima cantidad de oxígeno. Se debe respirar 6 veces por minuto y la respiración se hará con los labios casi cerrados para que así se quede algo de aire en los pulmones hasta que se complete la espiración (Ugarte et al., 2015).

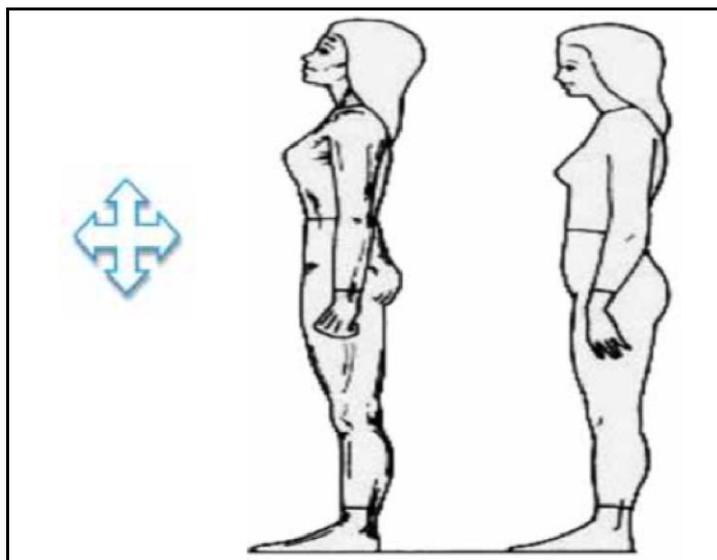
- *Relajación muscular progresiva:* Dicha técnica fue desarrollada por Jacobson (1934) argumentando que cuando se padece ansiedad esta produce tensión muscular de modo que si se consigue aprender a relajar la musculatura se consigue reducir la ansiedad. Para la realización de esta técnica los pacientes debían adoptar una postura cómoda acompañado de una ropa que no oprimiera. Se comenzaba la técnica con una respiración profunda y posteriormente se contraían y relajaban grupos musculares donde la persona debía centrarse en las sensaciones producidas por dichos movimientos. Con

esta técnica se pretende que el paciente obtenga conocimientos de cómo relajarse e identificando la tensión y la relajación como sucede en la vida cotidiana consiguiendo al final tener la capacidad de reducir la tensión muscular cuando la persona quiera hacerlo, véase figura 12 y 13 (Sánchez et al., 2014).



*Figura 12.* Imagen de la técnica de relajación progresiva de Jacobson sentado.

Recuperado a partir de Montero Rodríguez, Gómez Rodríguez & Montero Rodríguez, 2013.



*Figura 13.* Imagen de la técnica de relajación progresiva de Jacobson en bipedestación.

Recuperado a partir de Montero Rodríguez, Gómez Rodríguez & Montero Rodríguez, 2013.

- *Entrenamiento autógeno de Schultz.* Esta técnica se fundamenta en la inducción de sensaciones corporales mediante la relajación del organismo (similar a la meditación) con la finalidad de producir desconexión orgánica. Se inducen sensaciones de pesadez y calor que son acompañadas de ejercicios cardíacos (movimiento cardíaco) y respiratorios (Sánchez et al., 2014).

La psicoeducación y el entrenamiento en las diferentes técnicas de relajación se convierten en un nuevo método importante en el tratamiento de los trastornos de ansiedad siendo el profesional de enfermería quien los lleve a cabo. Estas intervenciones hacen que el paciente esté más implicado en el proceso y en su tratamiento, estando más activo y con mayor responsabilidad ante su patología. El paciente aumenta sus conocimientos acerca de cómo manejar la ansiedad que padece mejorando su capacidad para resolver el problema (Sánchez et al., 2014).

### **3.8.2.2.7. La práctica de ejercicio físico.**

La ansiedad y el deporte guardan una relación estrecha, en el sentido de que, por un lado, el deporte que se realiza en competición profesional puede llegar a causar un aumento en los niveles de ansiedad, y por otro lado, la realización de la actividad física puede ayudar a reducir los niveles de ansiedad en aquellas personas que no compiten a nivel profesional y también en población especial (hemofílicos, epilépticos, drogodependientes, alcohólicos, etc) (Santiesteban et al., 2019).

La práctica de ejercicio físico puede producir efectos beneficiosos al utilizarse como terapia de reducción de ansiedad ya sea en personas saludables como en aquellas que poseen alguna patología. Se ha visto que el ejercicio físico realizado de un modo regular tiene la capacidad de disminuir el grado de ansiedad, y además proporciona un estado de bienestar, mejorando el estado de ánimo, la autoestima y la calidad del sueño en las personas que lo llevan a cabo (Santiesteban et al., 2019).

El ejercicio físico no solo produce beneficios a nivel psicológico, sino que, la realización de la actividad física al influir en el sistema nervioso autónomo permite que la persona esté mejor preparada para aquellos estímulos que puedan provocar la ansiedad, mejorando la respuesta y prevención de la misma (Santiesteban et al., 2019).

#### **3.8.2.2.8. MINDFULNESS.**

El mindfulness se podría definir como un estado de conciencia que se aprende de un modo intencionado. Por lo tanto, es la conciencia que se presenta cuando prestamos atención adrede sobre el momento presente y sin juzgar, esto es muy importante para que sea realizada correctamente, de cómo va sucediendo el momento actual que estamos viviendo. Se pretende llevar la atención a lo que está sucediendo aquí y ahora (Ungo, Brandino & Cabrera, 2019).

La terapia del mindfulness para los trastornos de ansiedad se fundamenta en 3 objetivos en base a las características que comparten los trastornos de ansiedad: conductas de evitación, conjunto limitado de respuestas a nivel conductual e inflexibilidad cognitiva. El primer objetivo es

ampliar la toma de conciencia que el paciente posee sobre sus propias experiencias (ver sus respuestas emocionales y observar para que son, darse cuenta de las conductas de evitación que posee y sus consecuencias), el segundo objetivo de esta terapia consiste en proporcionar un cambio en su actitud vital (cambiar la actitud de juicio y control por una actitud sin juicios y compasiva), y el último objetivo está dirigido a mejorar la calidad de vida de la persona mediante la obtención de flexibilidad a nivel cognitivo y trabajar los valores (Miró & Simón, 2012).

Cada vez más se demuestra científicamente la eficacia del empleo de la técnica mindfulness sobre el tratamiento de la ansiedad. Esta técnica de habilidades del mindfulness se relaciona con un aumento de autorregulación conductual de la persona, y una disminución de las preocupaciones y del miedo a vivir las emociones. Las personas que lleven a cabo esta técnica desde la meditación o simplemente aplicada en la vida diaria tendrán la capacidad de observar los pensamientos y sentimientos de un modo que no los juzguen permitiéndole a la persona a no preocuparse como el principio y actuando de un modo más adaptativo ante diversas situaciones (Delgado-Pastor & Kareaga, 2011).

#### **3.8.2.2.9. Musicoterapia.**

Esta técnica no farmacológica se encarga de crear una interacción entre el paciente, la música, el profesional y el medio. Los factores determinantes para que sea percibida y procesada son el tono, la armonía, el tiempo y el ritmo. El fundamento del efecto terapéutico de esta técnica es conseguir llegar a la relajación, y de esto se encarga los procesos neurofisiológicos que median el tálamo, hipotálamo y el tronco cerebral, dando respuestas de carácter psicofisiológicas ante la música. Se ha visto que la relajación se obtiene entorno a unos 20 – 30 minutos de exposición (Sepúlveda et al., 2014).

#### **3.8.2.2.10. Biblioterapia.**

El profesional sanitario puede hacer uso de esta terapia guiando al paciente mediante la utilización de la lectura como un mecanismo terapéutico. La biblioterapia permite que el paciente se nutra de conocimientos y prácticas

terapéuticas a través de la lectura que recomiende el profesional sanitario sobre bibliografía específica. Esta técnica de autoayuda sirve como complemento del tratamiento para los trastornos de ansiedad. Se ha visto que la biblioterapia es eficaz en los ataques de pánico. Un estudio que se realizó durante 8 semanas utilizando esta terapia con profesionales sanitarios, se observó que las percepciones del pánico y el miedo a sufrir un ataque de pánico se redujeron. También se utilizó además en conjunto con la biblioterapia el contacto telefónico y se vió reducida la sintomatología del pánico, y de anulación en este grupo de personas (Febbraro, 2005).

#### **3.8.2.2.11. Programas on-line.**

Este tipo de terapia va destinada a aquellos que tienen un acceso limitado a presentarse a una consulta de carácter psicológica como sería el caso de las personas que sufren algún aislamiento geográfico, o padecen aislamiento de tipo personal como podría ser el caso de aquellos pacientes que padecen de agorafobia (Pascual, 2001) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

### **3.9. Herramientas prácticas para trabajar el trastorno de ansiedad y el pánico.**

La necesidad de detectar y evaluar la ansiedad, además del infradiagnóstico, ha derivado a que se creen y se utilicen herramientas para identificarla como son el caso de las escalas. La enfermera/o debe estar informado y ser capaz de utilizarlas e implementarlas, como instrumentos claves para la valoración de Enfermería de tal modo que oriente las intervenciones de los cuidados dirigidas a informar al paciente en el caso que se deba someter a cualquier tratamiento o intervención que le produzca ansiedad (Saldaña et al., 2012).

Una escala para medir o detectar la ansiedad existente no es por sí misma una herramienta que diagnostica, sino que realiza un cribado a personas con una mayor puntuación en esta que nos hace sospechar de

patología mental, lo que derivaría a realizar un estudio más exhausto al paciente posteriormente. Hay que tener en cuenta que en estas herramientas no hay un 100% de efectividad, sino que, se puede dar el caso de detectar falsos positivos y negativos. Estas escalas sirven como guía de la entrevista, presentan un apoyo en el juicio clínico y en la evaluación de las intervenciones terapéuticas sobre la patología. Nos encontramos las siguientes: (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

### **3.9.1. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.**

Esta escala es el instrumento con mayor relevancia para ayudar en el diagnóstico en el ámbito de la atención primaria. La escala se desarrolló para detectar los diferentes trastornos psicopatológicos que se dan con mayor frecuencia en atención primaria. Se considera una herramienta sencilla de utilizar y breve. Al enfermero les sirve como guía de la entrevista, para indicar la prevalencia, la gravedad de los trastornos y la evolución de los mismos. Está compuesta por 2 subescalas una dirigida a la depresión y la otra a la ansiedad, cada una de ellas tiene 9 ítems con respuesta de sí o no. La subescala de la ansiedad posee 4 preguntas que sirven de cribado. 4 o más ítems afirmativos indica probabilidad de caso de ansiedad. Se ha visto su fiabilidad y la validez que posee en el ámbito de la atención primaria con una sensibilidad del 83,1 %, una especificidad del 81,8 % y un valor predictivo positivo del 95,3 % (Montón et al., 1993) (Martínez, Sáiz & García, 2008).

### **3.9.2. Hospital, Ansiedad y Depresión.**

Esta escala está compuesta de 14 ítems y fue creada para realizar una evaluación de la ansiedad y de la depresión en el ámbito hospitalario de las consultas externas, no psiquiátrico. Mide el estado mediante dos escalas, una para la ansiedad y la otra para la depresión. Esta escala suprime la sintomatología somática para así evaluar de manera independiente de la enfermedad somática subyacente. Se considera un instrumento útil también en el ámbito de la atención primaria (Quintana et al., 2003).

### **3.9.3. Escala de Hamilton para la Ansiedad.**

La escala de Hamilton evalúa la intensidad de la ansiedad y está compuesta de 14 ítems valorados de 0 a 4 cada ítem donde se miden aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. Con la escala de Hamilton se puede comparar el efecto que tienen las diferentes intervenciones terapéuticas sobre la evolución de la ansiedad. Esta escala se puede emplear también para la depresión. Los ítems (1-6 y el 14) miden la ansiedad psíquica y los restantes (7-13) corresponden a la ansiedad somática. El punto de corte para la ansiedad psíquica y somática son: de 0 a 5 (no hay ansiedad), de 6 a 14 (ansiedad leve) y de 15 o más (ansiedad moderada/grave). Para la ansiedad total son las mismas puntuaciones, pero multiplicadas por dos: 0 a 10/11 (no hay ansiedad), de 12 a 28/29 (ansiedad leve) y una puntuación de 30 o más (ansiedad moderada/grave) (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008) (Sánchez et al., 2014) (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

### **3.9.4. Clinical Anxiety Scale (CAS) y Physician Questionnaire (PQ)**

Estas escalas son hetero-administradas las cuales valoran la gravedad de los síntomas que suceden en pacientes ya diagnosticados de ansiedad. La Clinical Anxiety Scale se creó a partir de la escala de Hamilton, está constituida por 7 ítems y evalúa la sintomatología psicológica sin estar influida por las diferentes manifestaciones somáticas de la propia ansiedad. Por otro lado, el Physician Questionnaire contiene 14 ítems los cuales evalúan los síntomas neuróticos y la respuesta al tratamiento de los mismos. Las dos escalas son breves y por tanto su empleo es útil para la asistencia ambulatoria, hospitalaria y la atención primaria (Bulbena et al., 2003).

### **3.9.5. Otras herramientas específicas para el pánico.**

#### **3.9.5.1. Escala de Pánico y Agorafobia.**

Esta escala consta de 13 ítems que son valorados de 0 a 4. Se hace referencia a una semana anterior para valorar los síntomas. Las 5 subescalas que presenta esta escala son: crisis de pánico (intensidad, duración y frecuencia de aparición), conducta de evitación agorafobia (extensión,

frecuencia, importancia que tienen las situaciones evitadas), la ansiedad anticipatoria (se mide la frecuencia y la intensidad), incapacidad y el deterioro funcional (familia, vida social, trabajo) y por último se miden las preocupaciones por la salud. Todas las subescalas están compuesta de 3 ítems, menos la ansiedad anticipatoria y las preocupaciones por la salud que solamente tienen 2 ítems. Hay un ítem que no se puntúa que mide si existen en mayor medida los ataques esperados o espontáneos. En esta escala cuanto mayor es la puntuación de los ítems mayor será la gravedad (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

#### **3.9.5.2. Trastorno de Pánico (Diario del paciente).**

Esta herramienta consiste en la realización de un diario donde el paciente lo tiene que completar todas las noches, apuntando la ansiedad anticipatoria, si presenta crisis de pánico, aquellos síntomas que presenta cuando suceden las crisis, y de estos anotar la duración, la intensidad si han sido esperados o inesperados, y que síntomas fueron. De este modo, esta herramienta nos permite tener recogidos los ataques de pánico, el temor, expectativas y conductas de evitación ante estos ataques (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

### **3.10. Aplicación del tratamiento con la Terapia Cognitiva - Conductual (TCC) en el trastorno de pánico y agorafobia.**

La TCC se aplica según individualización del paciente adaptándose a las necesidades de la patología que presenta la persona. Por lo tanto, la cantidad de sesiones y duración de las mismas son individualizadas como todo tratamiento empleado. Se realiza primero una evaluación inicial y continuada a través de una entrevista clínica con un análisis funcional para recopilar información, y así individualizar la TCC que mejor se ajuste a la persona (Serrano & Morales, 2015) (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

Son empleadas 5 etapas importantes en el tratamiento de la TCC por orden de: 1º psicoeducación, 2º un entrenamiento en el control de respiración abdominal, 3º reestructuración cognitiva junto con entrenamiento en

autoinstrucciones, 4º exposición a la situación estresante y por último 5º mantenimiento de los logros y prevenir las recaídas (Serrano & Morales, 2015).

**1º Psicoeducación:** En la primera parte de la TCC se explica al paciente detalladamente y adaptándose al él en que consiste la ansiedad, como es manifestada, en que consisten los ataques de ansiedad, el trastorno de pánico y la agorafobia. Después se enmarca el problema en el modelo cognitivo de lo que es el pánico haciendo alusión a los pensamientos de catástrofe que se dan en el círculo vicioso (se padece una sensación interna, se interpreta de un modo catastrófico y se activa el sistema de alarma). Se le explica a la persona que la interpretación catastrófica que tiene sobre su sensación, como podría ser un mareo, le lleva a activar el sistema de alarma (pensando: *“me estoy mareando, el corazón va muy rápido, me estará dando un infarto...”*) que le hace estar más pendiente de esa sensación incrementándola. A la vez que se le está explicando esto al paciente se le apropia el control del pánico explicándole que son los pensamientos los que producen la ansiedad. Una vez tocado en este punto los conceptos de ansiedad anticipatoria, la evitación y el escape, se justifica el uso de la TCC. En este punto el profesional sanitario puede recomendar la lectura de materiales de autoayuda. Se pretende en este primer punto normalizar lo que es experimentar el pánico y la agorafobia (Serrano & Morales, 2015).

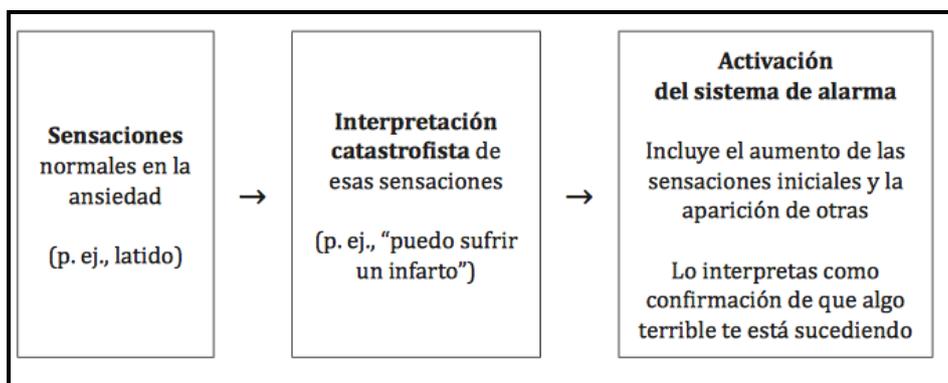


Figura 14. Consecuencia de la interpretación catastrófica de las sensaciones.

Recuperado a partir de Roca, 2015.

**2° Entrenamiento en el control de la respiración abdominal:** La respiración abdominal se utiliza para disminuir el nivel de activación fisiológico del paciente. Se recomienda que se realice pre y durante los momentos de exposición en vivo a los estresantes para así afrontar el dolor, y tener un mejor manejo de la tensión muscular (Serrano & Morales, 2015).

**3° Reestructuración cognitiva junto con entrenamiento en autoinstrucciones:** En esta técnica las diferentes sesiones de intervención cognitiva están encaminadas a identificar y cuestionar aquellos pensamientos que son automáticos de carácter catastrófico con relación de padecer una crisis de pánico, salir loco o volver a experimentar un suceso depresivo (Serrano & Morales, 2015).

Antes de que llegue el momento de la exposición en vivo del paciente, se le entrena con habilidades para que pueda afrontar dicho momento. Se emplea las autoinstrucciones para planear la exposición que se dará (paso a paso como va a ir sucediendo) y se motivará la conducta de la persona (*“Tengo herramientas para conseguirlo, lo conseguiré”*) (Serrano & Morales, 2015).

**4° Exposición en vivo a la situación estresante:** Esta etapa se lleva a cabo cuando el paciente entiende lo importante que es el interpretar de un modo realista los síntomas que padece en el control de la ansiedad y pánico, obteniendo sensaciones de control aumentadas lo que le hará más fácil el afrontar la exposición a esas situaciones estresantes. Dicha exposición es llevada a cabo de un modo gradual. En esta etapa se aconseja repetir la respiración abdominal. Es importante en este punto reforzar positivamente los logros (Serrano & Morales, 2015).

**5° Técnica de mantenimiento de los logros y prevenir las recaídas:** Las dos últimas sesiones de la TCC van dirigidas a fortalecer los logros que a conseguido la persona y a prevenir las recaídas que se puedan producir. Se hace un resumen de lo que se trato en el punto de la psicoeducación, aquello que afecto al principio de la terapia, en el desarrollo y en la evolución del

problema, y también las estrategias y habilidades que se han ido produciendo en el transcurso de la terapia. Se acuerda con la persona si todavía sigue necesitando continuar empleando las habilidades y las estrategias que ha aprendido para enfrentarse a cualquier otra crisis de pánico como método de prevención de recaída (Serrano & Morales, 2015).

Se le hace entrega a la persona para que lo tenga a su disposición un resumen de todo lo que ha aprendido junto con actividades para casa con la finalidad de afianzar todas las ideas fundamentales de la TCC (Serrano & Morales, 2015).

<b>Objetivos</b>	<b>Técnicas de tratamiento</b>
<b>1. Facilitar la comprensión de la ansiedad y el pánico</b>	Devolución de resultados. Psicoeducación (sesiones 2 y 3) Psicoeducación (sesiones 2 y 3) Reestructuración cognitiva (sesiones 4 en adelante)
<b>2. Eliminar los pensamientos catastrofistas y ansiedad anticipatoria</b>	Entrenamiento en autoinstrucciones (sesión 4 en adelante) Autoobservación y aceptación emocional (sesión 5 y 6)
<b>3. Reducir los síntomas fisiológicos de ansiedad</b>	Entrenamiento en respiración abdominal (sesión 4)
<b>4. Eliminar la conducta de evitación agorafóbica</b>	Exposición en vivo (sesión 5 en adelante) Entrenamiento en autoinstrucciones (sesión 4 en adelante)
<b>5. Eliminar las conductas de seguridad</b>	Exposición en vivo (sesión 5 en adelante)
<b>6. Eliminar o reducir los pensamientos rumiativos de inutilidad y culpabilidad</b>	Reestructuración cognitiva (sesión 4 en adelante)
<b>7. Reforzar estrategias de afrontamiento del dolor presentes e instaurar nuevas</b>	Reforzamiento (todas las sesiones) Psicoeducación (sesiones 2 y 3)
<b>8. Facilitar el manejo de la ansiedad relacionada con el dolor</b>	Entrenamiento en respiración abdominal (sesión 4)  Mantenimiento de logros y prevención de recaídas (sesiones 10 y 11) Evaluación postratamiento (sesión 11) Planteamiento de seguimientos (sesiones 12 y 13, a los 3 meses)

*Figura 15.* Imagen resumen de la planificación del tratamiento con TCC.

Recuperado a partir de Serrano & Morales, 2015.

En la Figura 12 se observa un resumen del plan de 13 sesiones de tratamiento con la TCC en el que se incorporan las técnicas junto con el número de las sesiones para cada uno de los objetivos específicos (Serrano & Morales, 2015).

### **3.11. Papel de la Enfermería en este tipo de trastornos.**

Para realizar un manejo óptimo de la ansiedad o pánico es importante que el profesional de Enfermería cree una relación terapéutica idónea para aplicar correctamente los cuidados que el paciente necesite. La relación terapéutica creada será convertida en un cuidado, proporcionando al paciente un apoyo emocional intenso, ayudará al profesional a analizar correctamente las causas de su problema, y así poder llevar a cabo las modificaciones que sean necesarias para el beneficio del paciente. El enfermero/a debe poseer una serie de habilidades para que la relación terapéutica sea eficaz y así obtener una mejora del manejo de la ansiedad (Blan, Tomás & Baute, 2009):

- **Se debe utilizar la empatía:** El empleo de la empatía es fundamental en los pacientes que padecen ansiedad ya que nos ayudará a entender los motivos que le llevan a padecerla. La empatía es definida como la capacidad que tiene una persona de ponerse en el lugar de la otra. El ser empático te aproxima afectivamente más al paciente, por lo que consiguiendo el punto correcto de acercamiento se consigue explorar al paciente, y se consigue también un mejor manejo de la situación del mismo (Blan, Tomás & Baute, 2009).

- **Cobra importancia la escucha activa y el dejar hablar:** El paciente es el protagonista en la parte de comunicación terapéutica por lo tanto es el que habla, y el profesional de Enfermería es el que escucha al mismo y lo va acompañando en el procedimiento. Es muy importante que sucedan 3 cosas en esta etapa y es: que el paciente se sienta escuchado, sea escuchado y se escuche con la ayuda del enfermero/a. Muchas de las veces el profesional presenta quejas de no tener tiempo para realizar esta intervención, pero hay pacientes que solamente necesiten 3 minutos, por lo tanto, en este breve tiempo se debe escuchar al paciente con tranquilidad, sin prisa, con interés, atención, respeto, sin interrupciones, sin ser juzgado, y mostrar empatía de lo que nos está hablando. Para que se realice correctamente la escucha activa, el profesional se debe de poner en el lugar de la otra persona, escuchar

activamente lo que el paciente está hablando observando la comunicación no verbal a la vez que habla, como las emociones del mismo, hacerle ver al paciente que lo que está hablando y siente es entendido, y por último, no juzgar, ni dar consejos, ni soluciones rápidas al problema del paciente (Blan, Tomás & Baute, 2009).

- **Se debe ser concreto:** El profesional debe tener la capacidad de establecer una serie de objetivos los cuales ayuden al paciente a superar la situación que presenta (Blan, Tomás & Baute, 2009).

- **Muestra de respeto:** Para que se de una situación respetuosa por parte del profesional de Enfermería éste debe aceptar al paciente sin emitir juicios de valor. El enfermero/a debe ayudar al paciente a que emplee sus propias estrategias para afrontar la situación que le ha llevado a padecer ansiedad (Blan, Tomás & Baute, 2009).

Los profesionales de Enfermería desempeñan un papel fundamental en la identificación de los niveles de ansiedad que presentan los pacientes mediante la utilización de herramientas como pueden ser las escalas y la aplicación de la TCC. Es esencial el empleo de intervenciones de Enfermería que se basen en la comunicación y educación para reducir la ansiedad evitando las posibles complicaciones que ésta produce, favoreciendo una buena satisfacción en el paciente, y ofreciendo una calidad en la atención empleada (Saldaña et al., 2012) (Rodríguez, Menal & Rojas, 2018).

Para el diagnóstico y la evaluación de la ansiedad la diferente bibliografía científica muestra el uso, en el ámbito de la Enfermería, de escalas, como la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, o para evaluar la sintomatología somática, la Escala de Hamilton (Snyder & Lindquist, 2011).

El enfermero/a cuando se encuentra a un paciente con ansiedad y/o pánico debe en la entrevista con el paciente prestar atención a la sintomatología que presenta, como se expresa, el tono de voz, los diferentes movimientos de manos, si presenta sudoración, y si se comporta evitando las situaciones. A través de la psicoterapia el enfermero debe crear una relación

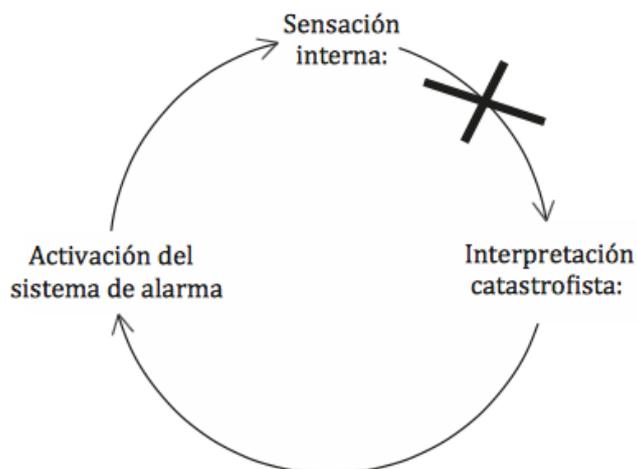
terapéutica de confianza con el paciente mediante un entorno cómodo donde el paciente pueda expresar sus emociones (Snyder & Lindquist, 2011).

Un enfermero que tenga una formación y un entrenamiento idóneo, es capaz de promover el entrenamiento de relajación como parte de sus competencias de Enfermería. El enfermero ha demostrado tener cualificación suficiente y una buena formación siendo capaz de colaborar con los demás profesionales a la hora de llevar a cabo el proceso asistencial. En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) quedan incluidas diversas intervenciones enfermeras con relación a lo anterior, como son: técnica de relajación (5880), terapia de relajación simple (6040), relajación muscular progresiva (1460), imaginación simple dirigida (600), entrenamiento autogénico (5840), etc. Se ha llegado a la conclusión que realizar un entrenamiento en relajación es considerado una de las intervenciones más usadas para reducir los síntomas de la ansiedad (Sánchez et al., 2014).

Las intervenciones enfermeras sobre las técnicas de relajación y la educación sanitaria dentro del contexto de asistencia grupal tienen una gran importancia en el manejo de la ansiedad, y se ha observado también que han tenido efectividad en la ayuda de los pacientes sobre el control y la reducción de la sintomatología de la ansiedad. Se ha realizado una propuesta para Planes de Cuidados de Enfermería en personas con ansiedad que usan estrategias de afrontamiento, respiración controlada, la tensión y relajación muscular. Cobra importancia en la adquisición de conocimientos y habilidades para el control del estado de ansiedad las intervenciones de Enfermería; la educación sanitaria (5510), terapia de relajación simple (6040), la enseñanza grupo (5604) y grupo de apoyo (5430) (Amad et al., 2017).

En relación al pánico el enfermero debe trabajar en el aspecto de los pensamientos con herramientas como por ejemplo la TCC. En las crisis de pánico o ansiedad la persona se engaña a sí misma creyendo que las sensaciones que está teniendo son indicativas de estar en peligro, y por tanto, se produce una reacción de susto de esa propia mentira, todo regulado por los

pensamientos y la interpretación catastrófica que lleva a activar el sistema de alarma del organismo aumentando la sintomatología (Roca, 2015).



*Figura 16.* Como influye los pensamientos en las crisis de pánico.

Recuperado a partir de Roca, 2015.

En la imagen se refleja donde sería eficaz una buena intervención terapéutica ayudando al paciente a que experimente aquellas sensaciones que anteriormente le producían pánico o temor, sin realizar interpretaciones catastróficas, para así no permitir que se produzca el círculo vicioso que le producía entrar en crisis de pánico o ansiedad. Por lo tanto, conseguirá el paciente tener niveles de ansiedad normales como aquellas personas sanas (Roca 2015).

La teórica Joyce Travelbee se centra en el aspecto emocional del cuidar, en su modelo de relaciones entre seres humanos incidió que la enfermería tiene como objetivo ayudar a la persona, familia o comunidad siendo la enfermería un proceso interpersonal que junto a la comunicación facilita expresar sentimientos y valores en tema de prevención o afrontamiento de aquellas experiencias que son producidas por la enfermedad, así como también el sufrimiento. Afirmó que si es necesario también de deberá ayudar al

paciente a encontrar un significado en esas experiencias de la enfermedad. Travelbee creía que para crear una relación terapéutica enfermera paciente era tan importante solidarizarse como empatizar con el paciente (Alligood & Tomey, 2018) (Rocha Oliveira & Faria Simões, 2013) (Galvis López, 2015).



## **4. METODOLOGÍA**

---

### **4.1. Diseño del estudio.**

En este trabajo hemos utilizado una metodología cualitativa de tipo estudio de casos.

### **4.2. Sujeto del estudio.**

Varón de 20 años de edad que acude a urgencias por un ataque de pánico a las 23:00H. Manifiesta agitación y nerviosismo grave, tensión muscular generalizada, sudoración, náuseas, desorientación leve, hiperventilación, taquipnea y taquicardia. Le cuesta articular palabras con normalidad. Expresa creer que le está dando un infarto agudo de miocardio y que, a su vez, tiene inquietud por la posibilidad de encontrarse bajo un brote psicótico.

Acude a urgencias sin acompañante y comenta que es la primera vez que le ocurre este fenómeno.

Antecedentes personales: Fumador ocasional, deportista y dieta equilibrada. Estudiante de odontología. Bebe alcohol ocasionalmente. Depresión leve hace 4 años que cedió con psicoterapia sin tratamiento farmacológico. Manifiesta que lleva dos meses despertándose de forma repentina y súbita por terrores nocturnos acompañados de dolor en el pecho y taquicardias. Le cuesta conciliar el sueño. Abuso de cafeína.

### **4.3. Ámbito y Periodo del estudio.**

El estudio se desarrolló por parte del personal de Enfermería en el “Servicio de Urgencias” de un hospital de Cerdeña, Italia.

En primer lugar, lo que se realizó fue recopilar toda la información del paciente plasmado en la historia clínica y mediante entrevista al paciente, para así posteriormente desarrollar la valoración con los 11 patrones de Marjory Gordon en octubre de 2019. En el mes de octubre también comenzamos a preparar el plan de cuidados enfermero. Toda la información recopilada por parte de los profesionales de Enfermería fue reservada bajo secreto

profesional. Se culminó el plan de cuidados enfermeros por completo en el mes de noviembre de 2019. El periodo de revisión bibliográfica fue llevado a cabo desde Octubre de 2019 a Marzo de 2020.

#### **4.4. Procedimiento de Recogida de Información.**

##### **4.4.1. Fuentes de información:**

Para la realización de este trabajo se han utilizado una serie de datos obtenidos de las siguientes fuentes:

- Valoración de Enfermería.
- Historia clínica del paciente.
- Observación directa e indirecta del propio paciente.
- Búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos

Las bases de datos que se han utilizado para la realización de este trabajo han sido:

- Pubmed
- SciELO
- ScienceDirect

Por otro lado, los buscadores de información empleados para encontrar los diferentes artículos de interés han sido:

- Google Académico
- BUSCAM
- Medline
- Elsevier

Hemos usado los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Pánico, trastorno de pánico, ansiedad, trastornos de ansiedad, terapia, terapia cognitivo-conductual.

#### **4.4.2. Procesamiento de la información:**

Una vez obtuvimos la autorización del paciente para llevar a cabo este estudio, procedimos a realizar la recogida de datos, a través de entrevista personal y exploración física y psicológica, garantizando durante todo el proceso el mantenimiento de la confidencialidad, sin existir ninguna referencia a la identificación del paciente.

Con la posterior recogida de información para la valoración de Enfermería y teniendo en cuenta los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, hemos identificado los patrones alterados, obteniendo los distintos diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración para realizar finalmente un plan de cuidados adaptado al paciente.

Finalmente, se completó el proceso con una revisión bibliográfica de la literatura científica, utilizando las bases de datos mencionadas anteriormente, seleccionando la información acorde a nuestros objetivos.

#### **4.5. Procesamiento de los datos.**

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera. En primer lugar, hemos realizado un análisis crítico por el modelo de Área con el objeto de obtener el diagnóstico principal (según la taxonomía Nanda) y la Complicación Potencial. Posteriormente describimos y analizamos las intervenciones según el modelo NIC, estableciendo una serie de objetivos según el modelo NOC.

Gracias a todo esto se logró de una manera correcta la realización del proceso enfermero y cada una de sus partes: valoración según Marjory Gordon, planificación, ejecución y evaluación.

En relación a los datos extraídos de bases de datos científicas y documentos especializados, se hizo un análisis crítico de la información más relevante para el estudio.



## 5. RESULTADOS

---

### 5.1. Descripción del caso clínico

Varón de 20 años de edad que acude a urgencias por un ataque de pánico a las 23:00H. Aparenta agitación y nerviosismo grave, tensión muscular generalizada, sudoración, náuseas, desorientación leve, hiperventilación, taquipnea y taquicardia. Le cuesta articular palabras con normalidad. Expresa creer que le está dando un infarto agudo de miocardio y que, a su vez, tiene inquietud por la posibilidad de encontrarse bajo un brote psicótico.

Acude a urgencias sin acompañante y comenta que es la primera vez que le ocurre este fenómeno.

Sintomatología: taquicardia, hiperventilación, desrealización, náuseas, mareo, tensión muscular, ligera bradilalia y, tras 10 minutos después de tratamiento, llanto.

#### **Antecedentes personales:**

Fumador ocasional, deportista y dieta equilibrada. Estudiante de odontología. Bebe alcohol ocasionalmente.

Depresión leve hace 4 años que cedió con psicoterapia sin tratamiento farmacológico.

Manifiesta que lleva dos meses despertándose de forma repentina y súbita por terrores nocturnos acompañados de dolor en el pecho y taquicardias. Le cuesta conciliar el sueño. Abuso de cafeína.

#### **Antecedentes quirúrgicos:**

Ninguno.

#### **Tratamiento:**

- **Crónico:** no procede
- **Situacional:** AINES y pirazolonas

- **En urgencias:** Diazepam 5mg im y prescripción de lorazepam 0.5mg c/24 horas vo + alprazolam 0.5mg si necesario vo.

### **Situación basal:**

Independiente para ABVDs.

TA: 134/85, FC: 110 lxm, FR: 35 rpm, SatO2: 100%, T<sup>a</sup>: 37.3°C.

Auscultación de ruidos respiratorios sin anomalías, auscultación cardiaca sin soplos. Se realiza ECG: sinusal (se descarta patología cardiaca). Taquicardia sinusal.

## **5.2. Valoración del caso**

Realizamos la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjorie Gordon una vez que el paciente está en urgencias (Gordon, 2006).

### **- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud**

Varón de 20 años de edad que acude a urgencias por un ataque de pánico.

Antecedentes de depresión.

AMC: No presenta.

Fumador de 2 cigarrillos/día.

Ingresos hospitalarios: ninguno.

Buena adherencia al tratamiento.

Desconoce el origen de la enfermedad subyacente.

Tto en urgencias: Diazepam 5mg im y prescripción de lorazepam 0.5mg c/24 horas vo + alprazolam 0.5mg si necesario vo.

### **- Patrón 2: Nutricional-metabólico**

T<sup>a</sup>: 37.3°C.

Piel rojiza.

Apetito e ingesta diaria correctos y estables.

Abuso de cafeína.

Nauseas.

- **Patrón 3: Eliminación**

Hábito intestinal adecuado.

Hábito de micción adecuado.

Sudoración leve.

- **Patrón 4: Actividad-ejercicio**

TA: 134/85, FC: 110 lxm, FR: 35 rpm, SatO2: 100%.

Hiperventilación, taquicardia y tensión muscular.

Totalmente independiente para las ABVD.

Deportista (L-V 30mins/día). Actividad física activa.

- **Patrón 5: Sueño-descanso**

Le cuesta conciliar el sueño.

Despertar repentino durante la noche por terrores nocturnos.

Abuso de cafeína.

En tto. farmacológico desde ahora con Lorazepam.

- **Patrón 6: Cognitivo-perceptual**

Desorientación leve.

Le cuesta articular palabras.

Percepción irreal de las manifestaciones orgánicas.

Gestión ineficaz de las emociones, llanto.

Desrealización y sensación de estar volviéndose loco.

- **Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto**

Sufrió depresión exógena en el pasado.

Sufre recientemente un ataque de pánico.

Baja autoestima en situaciones concretas.

Manifiesta llevar varios meses sin motivación para seguir viviendo.

- **Patrón 8: Rol-relaciones**

Manifiesta tener dificultad para relacionarse con mujeres.

Buena relación con sus progenitores y hermanos.

- **Patrón 9: Sexualidad-reproducción**

Atracción sexual por el sexo opuesto, pero es incapaz de mantener relaciones.

Miedo en las relaciones sociales con mujeres.

- **Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés**

Sufre de ansiedad (ataque de pánico).

- **Patrón 11: Valores-creencias**

Católico.

### **5.3. Diagnósticos de enfermería por patrones alterados**

*Para trabajar los Diagnósticos de Enfermería (DxE), vamos a utilizar el Manual de Diagnósticos NANDA Internacional 2015/2017 (Heather & Kamitsuru, 2015)*

#### **- Patrón 1: Percepción-manejo de la salud**

- **(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c percepción de gravedad del problema y apoyo social insuficiente m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.**

Dominio 1: Promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

- **(00226) Riesgo de planificación ineficaz de las actividades r/c apoyo social insuficiente, conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta y percepción no realista del acontecimiento.**

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Vulnerable a una incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones, que puede comprometer la salud.

#### **- Patrón 2: Nutricional-metabólico**

- **(00134) Náuseas r/c ansiedad y trastorno psicológico m/p sensación de náuseas.**

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort físico

Definición: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

- **Patrón 4: Actividad-ejercicio**

- **(00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad e hiperventilación m/p taquipnea**

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/musculares

Definición: Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

- **Patrón 5: Sueño-descanso**

- **(00095) Insomnio r/c ansiedad, temor y factores estresantes m/p despertar temprano y dificultad para mantener el sueño.**

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

- **(00096) Deprivación de sueño r/c pesadillas y terrores nocturnos m/p temblor de manos y ansiedad.**

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Definición: Períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia).

- **(00198) Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador m/p despertarse sin querer e insatisfacción con el sueño.**

Dominio 4: Actividad/Reposo

Clase 1: Sueño/Reposo

Definición: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

- **Patrón 6: Cognitivo-perceptual**

- **(00128) Confusión aguda r/c alteración del sueño-vigilia m/p inquietud e ideas erróneas.**

Dominio 5: Percepción/Cognición

Clase 4: Cognición

Definición: Inicio brusco de alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

- **(00175) Sufrimiento moral r/c limitación de tiempo para la toma de decisiones m/p angustia por actuar basándose en la propia elección moral.**

Dominio 3: Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

Clase 10: Principios vitales

Definición: Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.

- **(00251) Control emocional inestable r/c conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas, conocimiento insuficiente sobre la enfermedad, abuso de sustancias, factores estresantes m/p llanto.**

Dominio 5: Percepción/Cognición

Clase 4: Cognición

Definición: Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

- **Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto**

- **(00120) Baja autoestima situacional r/c alteración del rol social y antecedentes de rechazo m/p reto situacional a la propia valía y subestima su habilidad para gestionar la situación.**

Dominio 6: Auto percepción

Clase 2: Autoestima

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

- **(00124) Desesperanza r/c pérdida de confianza en el poder espiritual m/p Cambios en el patrón de sueño, Claves verbales pesimistas y Contacto visual escaso.**

Dominio 6: Auto percepción

Clase 2: Autoestima

Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

- **(00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitaciones cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.**

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión

causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

- **Patrón 8: Rol-relaciones**

- **(00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto y conocimiento insuficiente sobre cómo fomentar la reciprocidad m/p discomfort en situaciones sociales e insatisfacción con los compromisos sociales.**

Dominio 7: Rol/Relaciones

Clase 3: Desempeño del rol

Definición: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.

- **(00065) Patrón sexual ineficaz r/c deterioro de la relación con una persona significativa m/p alteración de las relaciones con personas significativas.**

Dominio 8: Sexualidad

Clase 2: Función sexual

Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

- **Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia al estrés**

- **(00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c ansiedad m/p autoinculpación excesiva y autoestima afectada.**

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.

5.3.1 Red de razonamiento clínico del DxE principal

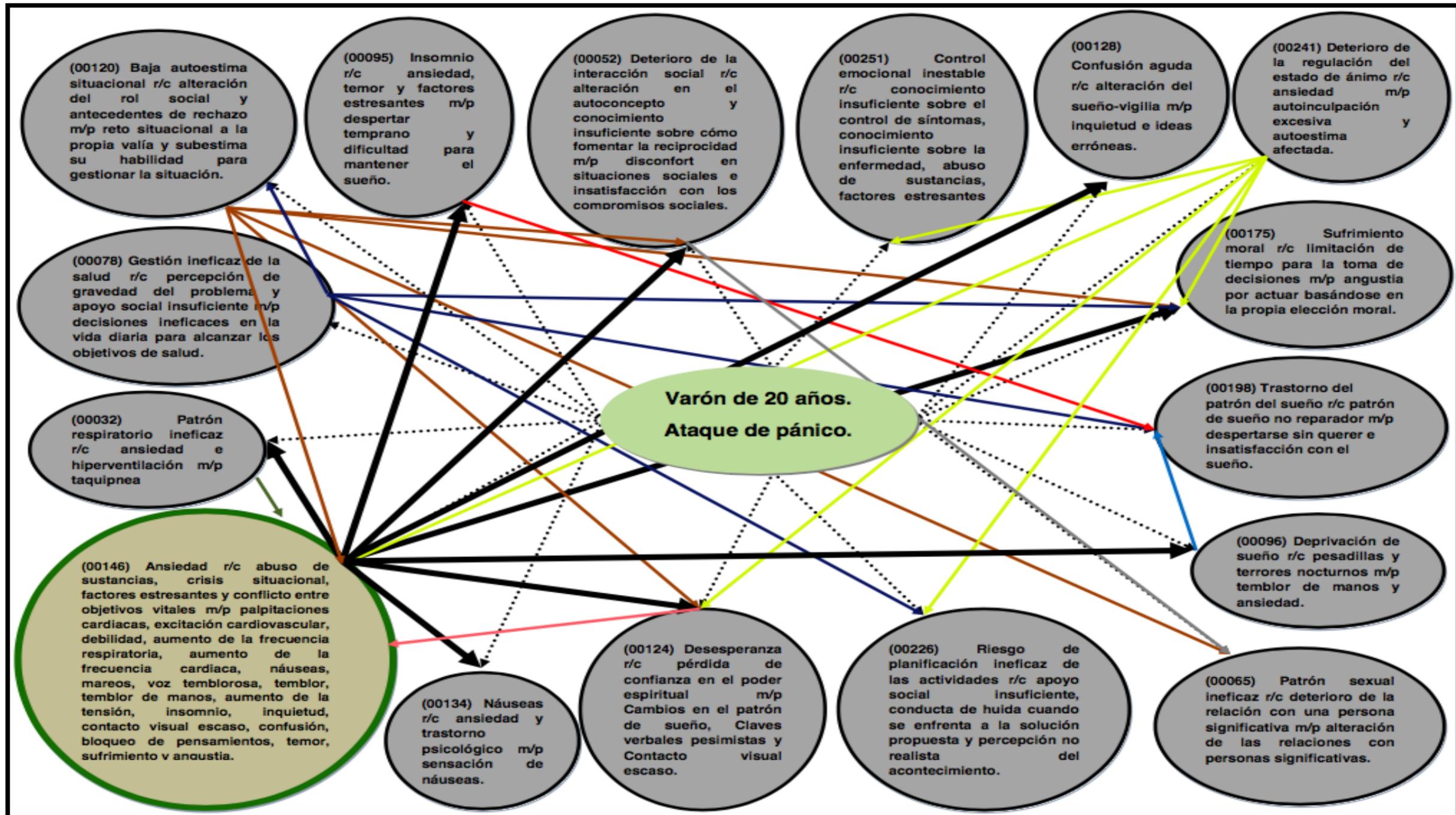


Figura 17. Red de razonamiento clínico del DxEp.

Fuente. Elaboración propia basada en el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999).

### *5.3.2. Justificación del diagnóstico principal*

Nuestro diagnóstico de enfermería principal es **(00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitaciones cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia**. Hemos elegido este DxEp para nuestro paciente ya que se ajusta completamente a las necesidades del paciente dentro de la actuación en el servicio de urgencias hospitalarias. Hemos sido conscientes de la gravedad y los problemas expresados por el paciente, pero el tiempo de actuación es limitado. Sin embargo toda la actuación se ha desarrollado teniendo una visión holística por las características particulares de lo sucedido.

La hiperventilación es un síntoma muy común –junto con otros como las náuseas, taquicardias, sensaciones de irrealidad...- dentro de los ataques de pánico. Un ataque de pánico (también conocido como crisis de angustia) se define como una sensación de miedo extremo ante un suceso irreal o imaginario que el subconsciente interpreta como real e inminente. Es importante que el paciente sepa en todo momento que, aunque desde su punto de vista parezca que las consecuencias orgánicas son o van a ser graves, no representan un problema mayor, ya que todo lo desencadenan las emociones. Es preciso que entienda que este tipo de problema tiende a cronificar si no se empieza a tratar rápido con ayuda psiquiátrica y psicológica («Medline | Trastorno de pánico», 2018).

Por otra parte, la desesperanza que se relaciona con la ansiedad, en la mayoría de los casos se debe a la vulnerabilidad que siente el paciente con respecto a sucesos futuros -cercaños o lejanos en el tiempo- que no sabe cómo hacer frente en el presente. Por este motivo se dice que la depresión y la ansiedad patológica son dos formas de trastornos del estado de ánimo que comparten muchas similitudes, ya que tienen un origen común (con la diferencia de que durante la depresión también existe reminiscencia y culpa

hacia acciones o hechos del pasado que en la ansiedad no tienden a suceder). La complejidad que recae en este tipo de enfermedades es que su evolución y la forma de actuar es cíclica: esto significa que cualquier estímulo que el cerebro interprete como peligro genera pánico y viceversa. Dicho de otro modo, la desesperanza puede ser un síntoma de la ansiedad (junto con la depresión), o bien, puede ser la causa de la ansiedad dependiendo de la interpretación que desarrolle la persona afectada (Ocampo, Escobar, Pérez, & Serrano, 2007).

Referente al insomnio, cabe destacar que la ansiedad que lo desencadena se enmarca dentro de la esfera psicofisiológica del ser humano. Sin embargo, cuando la persona que padece de ansiedad acostumbra al cerebro a dormir en forma y tiempo inadecuados, éste aprende a dormir una menor cantidad de horas, por lo tanto aumenta la vigilia y el estado de alerta, hecho que deteriora la ansiedad (esto es lo que se conoce como insomnio conductual). Particularmente, la ansiedad genera insomnio, que a su vez genera más ansiedad, por tanto, en este aspecto, la evolución de este síntoma vuelve a ser cíclica. Dentro de la psiquiatría médica se tiende a recetar ansiolíticos –e incluso antidepresivos- con el fin de mejorar la calidad de sueño de la persona enferma. Al ser un problema que deriva del pensamiento, el objetivo es aprender a interpretar el mismo de forma lógica y real para llevar una correcta calidad de vida. Para esto es importante que el paciente tenga una buena higiene del sueño (junto con una vida activa social, deporte y dieta equilibrada) (Álvarez et al., 2016).

En el plano más espiritual de la persona, la ansiedad también incide sobre el sufrimiento moral. Realmente, un ataque de pánico tiene como síntoma la ansiedad, que, a su vez, desencadena una serie de reacciones en el organismo relacionadas con el miedo. Sin embargo, principalmente, el paciente está atravesando una fase de angustia por sentirse vulnerable a diversas situaciones que involucran a su vida diaria las cuales él se siente incapaz de afrontar. Por tanto, el tratamiento más efectivo es la exposición paulatina a los factores estresantes junto con la TCC y, en casos muy graves, farmacoterapia (Alea, 2018).

En conclusión, el ataque de pánico afecta a la calidad de vida en todas las esferas del ser humano. Se caracteriza por una sensación de miedo extremo que cede al paso de poco tiempo. Este hecho genera en el paciente aprendizaje y, si no es tratado rápidamente, tiende a cronificar y producir mayor sufrimiento a la persona. El estímulo que genera esta reacción es completamente irreal de este modo siendo su interpretación errónea.

#### **5.4. Problemas de colaboración y riesgos de complicación**

Para trabajar los Problemas de Colaboración (PC) y Los Riesgos de Complicación (RC), utilizaremos el manual de Planes de cuidados y Documentación clínica en Enfermería de Linda Carpenito (Carpenito, Manual de Diagnósticos Enfermeros, 2015) y Revista Médica de la Clínica Mayo («Los ataques de pánico y el trastorno de pánico—Síntomas y causas—Mayo Clinic», 2018).

##### **● Problemas de colaboración**

Ansiedad

Terrores nocturnos

Pesadillas

##### **● Riesgos de complicación.**

RC: Fobias específicas (agorafobia)

RC: Conductas de huida

RC: Alcoholismo

RC: Depresión

RC: Pensamientos autolíticos

RC: Somnolencia diurna

5.4.1. Priorización del riesgo de complicación principal mediante una red de razonamiento basada en el modelo AREA.

Con el fin de obtener el Riesgo de Complicación Principal se va a realizar una red de razonamiento clínico del modelo AREA de Pesut & Herman (Pesut & Herman, 1999).

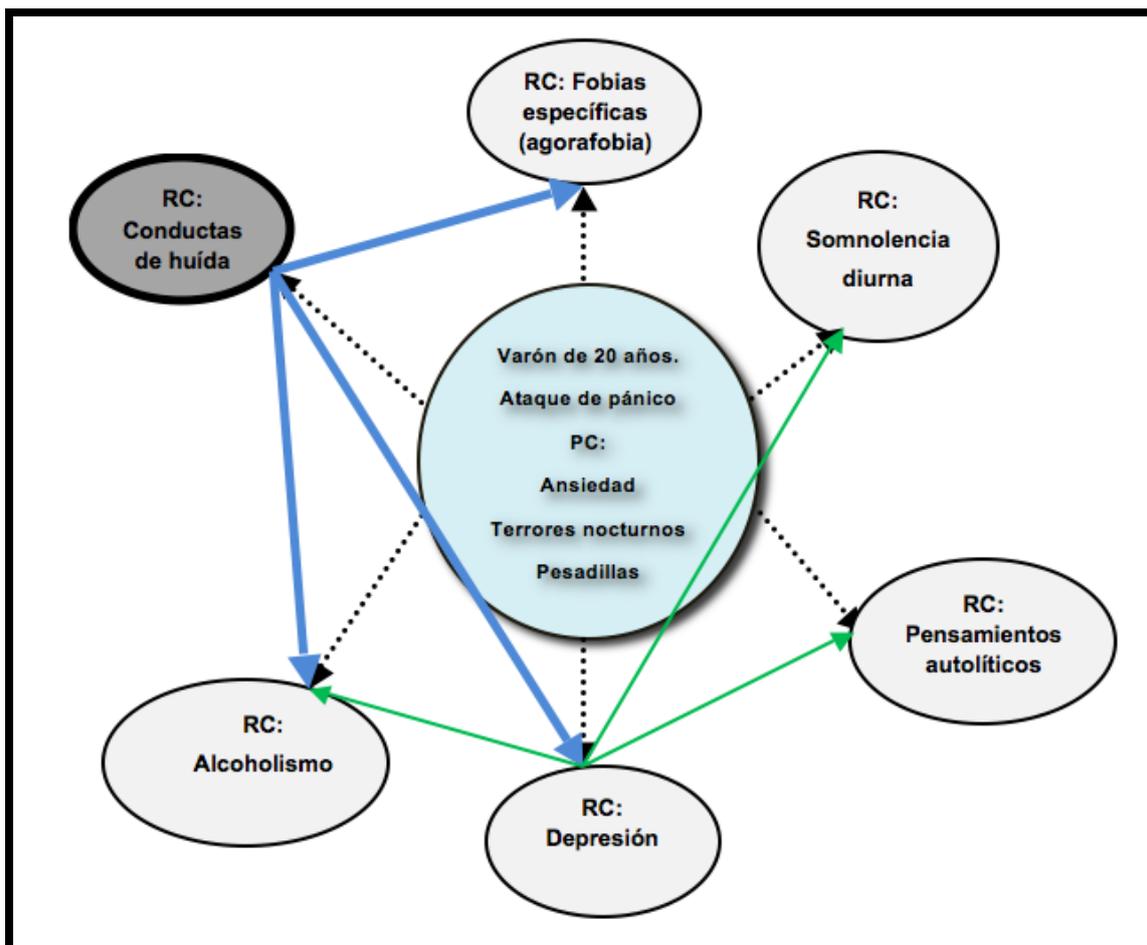


Figura 18. Red de razonamiento clínico de los riesgos de complicación.  
Fuente. Elaboración propia basada en el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999).

#### *5.4.2. Justificación del riesgo de complicación principal*

Hemos elegido como RC principal de nuestro paciente conductas de huida, puesto que, bajo bibliografía científica, hemos comprobado que es lo más eficaz en materia de ataques de pánico. Esto significa que incidiendo de forma positiva sobre el riesgo mencionado, mejorarán, a su vez, el resto de riesgos unidos en la red de razonamiento:

Las conductas de huía son acciones que desarrollan todos los seres vivos dotados de sistema nervioso. De hecho, es una de las respuestas que se tienen ante el miedo (que es una emoción) y la ansiedad (que es su síntoma más visible). Esto, en parte, es positivo, pues el cerebro aprende de las experiencias negativas que ocurren y activa el sistema de alerta del organismo en situaciones similares o idénticas en el futuro. Un ejemplo podría ser cruzar de una acera a otra sin mirar y rápido, unido al hecho de que casi te embista un coche. La persona oye el pitido de la bocina y el cerebro lo interpreta como un caso de peligro, por tanto se activan los síntomas de la ansiedad y se desarrolla la respuesta de huida. Además, empleamos aprendizaje ya que en el resto de ocasiones futuras recordaremos el momento de peligro y nos volverá la alerta. Esta respuesta llevada a cabo en unas circunstancias racionales y de forma adaptativa a la situación que acontece no suponen ningún peligro para la persona, ya que el cuerpo tiene la capacidad de reducir los niveles hormonales que causan dicha reacción. El problema emerge cuando esta alarma (hipervigilancia) se activa en momentos que no debería y se desarrolla de forma inadaptada. En estos casos realmente el cerebro sí ha tenido un aprendizaje previo que ha desencadenado la reacción, pero normalmente el paciente no sabe qué es y por ello su preocupación, agitación y nerviosismo exceden, y, con ellos, los síntomas de la ansiedad. Se suele pensar que la persona está enloqueciendo o que le está dando un infarto (objeto que es totalmente imposible de que ocurra si no hay una patología de base de origen orgánico que lo justifique). Este aprendizaje "negativo" es el que produce las fobias (pánico irracional a hechos o cosas) (Vargas & Judith, 2018).

Se ha demostrado que el primer ataque de pánico suele ser precedido de nuevos ataques de pánico por el desconocimiento de la enfermedad. Se

pueden volver muy frecuentes afectando a la vida diaria del paciente. Es por esto que en la mayoría de los casos se acaba presentando con agorafobia (miedo irracional a los espacios abiertos) y el paciente tiende a encerrarse en su casa sin poder salir por la barrera mental de emociones que ha creado. El hecho de potenciar la huida, aumenta la intensidad de la fobia. Además, una fobia concreta es capaz de desencadenar nuevas fobias ya que aumenta la vulnerabilidad psicológica y espiritual de la persona que sufre por este mal. En la clasificación del trastorno de pánico se distinguen dos modalidades: con o sin agorafobia. En función de que sea un tipo u otro, el tratamiento discernirá en función del criterio médico del psiquiatra (Kojchen, 2018).

Por otra parte, las conductas de huida pueden conllevar un aumento de la depresión. La depresión, cuando hablamos de cualquier trastorno relacionado con la ansiedad, actúa como síntoma. Esto quiere decir que, en sí, no es la enfermedad que está perjudicando al paciente, sino que es un factor agravante de la patología de base. El paciente no sabe lo que está ocurriendo realmente y sigue acumulando conductas de huida ante miedos irracionales y, esto, es lo que produce que exista depresión. Hay casos en los que la patología de base es la depresión y la ansiedad ocurre como síntoma (normalmente en estos casos la ansiedad es el resultado de la fobia social) y también se pueden desarrollar las conductas anteriormente mencionadas (Theoduloz, 2016).

Finalmente, cabe destacar la presencia de alcoholismo en personas que sufren este mal: la drogadicción en general se puede ver como la vía fácil de escape ante situaciones espiritualmente sensibles. No es difícil encontrar personas que se refugian en el consumo de alcohol al dejar una relación, superar la muerte de un ser querido... Quizá la percepción del alcohol como algo positivo por parte del paciente se deba a la sensación de bienestar que produce, sin embargo este efecto únicamente lo tiene en el momento del máximo efecto. Es un depresor del sistema nervioso y como tal tiene propiedades ansiolíticas y analgésicas. Esto significa que el placer se bloquea en el momento en que el deja de ser eficaz la sustancia en el organismo, produciendo así un efecto rebote potente (la consecuencia es mayor que el

consumo). Es importante que el paciente no consuma nada de alcohol –ni otras drogas- al menos durante el transcurso del tratamiento y la enfermedad (Schlesinger Piedrahita, Pescador Vargas, & Roa Culma, 2017).

### **5.5. Planificación**

Para la realización de mis objetivos utilizaremos “La Clasificación de resultados de Enfermería” NOC (Moorhed, Johnson, Maas, & Swanson, 2013); y para tratar las intervenciones y actividades utilizaremos “La Clasificación de Intervenciones de Enfermería” NIC (Bulechek, HK, & McCloskey-Dochterman, 2013).

#### *5.5.1. Planificación del DxE principal*

El DxEp es:

- **(00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitaciones cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.**

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

#### *5.5.1.1. Resultado (NOC)*

Nos basáremos en el manual de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (Johnson M et al, 2014).

## NOC del DxEp.

### • (1211) Nivel de ansiedad

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase M: Bienestar psicológico

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

La elección de este NOC para nuestro paciente se ha debido a que en la actuación en urgencias para un ataque de pánico se debe hacer en un corto periodo de tiempo, por tanto la terapia va encaminada a la reducción de los síntomas, pero no a la causa.

Por otra parte es preciso que el paciente conozca las complicaciones que pueden derivar de lo ocurrido y debe quedarle claro que a nivel fisiológico-orgánico no es grave, sin embargo debería estar en asistencia psiquiátrica y/o psicológica (Pelissolo, 2019).

*Cuadro 3.* Puntuación del NOC del DxE principal.

<b>NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana</b>	<b>Tiempo</b>
<b>NOC (1211) Nivel de ansiedad</b>	1	5	30 min
<b>Escala Likert. 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.</b>			

Fuente. Elaboración propia basada en el NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

Cuadro 4. Puntuación de los indicadores del NOC para el DxEp.

<b>Indicadores del NOC (1211) Nivel de ansiedad</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(121106) Tensión muscular.</b>	1	5	30 min
<b>(121112) Dificultades para la concentración.</b>	1	5	30 min
<b>(121115) Ataque de pánico.</b>	1	5	30 min
<b>(121120) Aumento de la velocidad del pulso.</b>	1	5	30 min
<b>(121121) Aumento de la frecuencia respiratoria.</b>	1	5	30 min
<b>(121123) Sudoración.</b>	3	5	30 min
<b>(121129) Trastorno del sueño.</b>	2	3	30 min
<b>(121125) Fatiga.</b>	2	5	30 min
<b>(121104) Distrés.</b>	1	5	30 min
<b>(121101) Desasosiego.</b>	2	5	30 min
<b>Escala Likert: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno</b>			

Fuente. Elaboración propia basada en el NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

#### 5.5.1.2 Intervenciones (NIC)

Con el fin de marcar las Intervenciones para conseguir el resultado previamente marcado, se utilizará la taxonomía “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” NIC (Bulechek, HK, & McCloskey-Dochterman, 2013).

### **NICs del DxEp**

#### • **(5820) Disminución de la ansiedad**

- Campo 3: Conductual
- Clase T: Fomento de la comodidad psicológica
- Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

#### **□Actividades:**

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

#### • **(2300) Administración de medicación**

- Campo 2: Fisiológico: complejo
- Clase H: Control de fármacos
- Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

□Actividades:

- Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
- Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- Prescribir o recomendar los medicamentos, según el caso, de acuerdo con la autoridad prescriptora.
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos, incluidos los que se venden sin receta y las sustancias de fitoterapia.
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si es adecuado.

• **(5270) Apoyo emocional**

- Campo 3: Conductual
- Clase R: Ayuda para el afrontamiento
- Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

□Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

- **(5240) Asesoramiento**

- Campo 3: Conductual
- Clase R: Ayuda para el afrontamiento
- Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

□Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

- **(6680) Monitorización de los signos vitales**

- Campo 4: Seguridad
- Clase V: Control de riesgos
- Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

#### □Actividades:

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.

#### *5.5.2. Planificación del RC principal*

RCp: Conductas de huída

#### *5.5.2.1. Objetivo (NOC) del RCp*

Nos basáremos en el manual de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). (Johnson M et al., 2014).

#### **NOC del RCp.**

#### **• (1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos**

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase R: Creencias sobre la salud

Definición: Convicción personal de que una persona tiene los medios adecuados para llevar a cabo una conducta sobre la salud.

Es importante que el paciente entienda que necesita ayuda y, hasta ahora, ha empezado a desarrollar diversas conductas de huída por el miedo que generan ciertas situaciones. Creo que la mejor opción para enfocar dichas

conductas es que entienda que existe ayuda externa y apoyos que necesita para evitar que siga evolucionando la enfermedad.

*Cuadro 5.* Puntuación del objetivo (NOC) del RC principal.

<b>NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>Escala. 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado</b>			

Fuente. Elaboración propia basada en el NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

*Cuadro 6.* Puntuación de los indicadores del NOC para el RC principal

<b>Indicadores del NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos</b>			
<b>(170301) Apoyo percibido de los otros seres queridos.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>(170302) Apoyo percibido de los amigos.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>

(170304) Apoyo percibido del personal sanitario.	5	5	30 min
(170307) Nivel de energía percibido para actuar.	2	5	30 min
(170314) Acceso percibido a los servicios de asistencia sanitaria.	5	5	30 min
(170318) Acceso percibido a los medicamentos prescritos.	5	5	30 min
Escala. 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado			

Fuente. Elaboración propia basada en el NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

#### 5.5.2.2. Intervenciones de la complicación potencial principal (NIC)

Utilizamos la taxonomía Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. (Bulechek et al., 2014).

#### NICs de la RCp.

##### • (5440) Aumentar los sistemas de apoyo

- Campo 3: Conductual
- Clase R: Ayuda para el afrontamiento
- Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

#### □Actividades:

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

• **(8100) Derivación**

- Campo 6: Sistema sanitario
- Clase b: Control de la información
- Definición: Hacer los preparativos para que el paciente sea atendido por otros cuidadores o institución.

□Actividades:

- Establecer las preferencias del centro al que ha de derivarse.
- Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.
- Informar al paciente sobre las páginas de internet adecuadas para consultarlas tras el alta.
- Minimizar el tiempo transcurrido entre el alta y la cita con el siguiente profesional.

• **(0180) Manejo de la energía**

- Campo 1: Fisiológico: Básico
- Clase A: Control de actividad y ejercicio
- Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

□Actividades:

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.

- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.

### **5.6. Ejecución**

Preparamos un cronograma para 30 minutos con el fin de corregir los síntomas fisiológicos de la ansiedad del paciente:

Llega a las 23:00H un varón de 20 años de edad expresando con miedo creer que le está dando un infarto y, a su vez, volviéndose loco. Se encuentra muy agitado y nervioso. Se le realiza un ECG y se le toman los signos vitales para conocer su estado cardiovascular **(6680) Monitorización de los signos vitales**. Mientras le coloco los electrodos a 9 derivaciones le hago preguntas relacionadas con su sintomatología: dice tener nauseas, percepción extraña de la realidad, se acuerda de haber caminado hasta el centro hospitalario pero comenta tener la percepción confusa del tiempo ya que afirma que todo ha pasado demasiado rápido. Además está en taquicardia e hiperventila. Sus signos vitales son: TA: 134/85, FC: 110 lxm, FR: 35 rpm, SatO<sub>2</sub>: 100%, T<sup>a</sup>: 37.3°C; el ECG no marca ninguna anomalía fisiológica, por tanto en facultativo prescribe Diazepam 5mg i.m. Se lo administro a través del glúteo derecho y advierto de que si se siente mal o nota alguna reacción extraña lo avise **(2300) Administración de medicación**.

Una vez que han terminado todos los procedimientos, me dispongo a explicarle que es lo que ha ocurrido. Le digo que intente estar lo más tranquilo que pueda porque lo que le ocurre no es peligroso para su salud funcional: su corazón está en buen estado de salud y, además, no va a enloquecer aunque lo crea. Le explico qué es la ansiedad y los síntomas que siente y pongo un ejemplo de la vida real para que entienda, además, qué es el pánico. Poco a poco se va calmando y empieza a entender la situación; empieza a ser consciente de que tiene problemas expuestos por el pensamiento que tiene que aprender a aceptar y aceptar de alguna manera, acto seguido empieza a llorar debido a la tensión acumulada con actitud de reminiscencia. Todo esto lo hago con una actitud de apoyo y sin juzgar al paciente **(5270) Apoyo**

**emocional.** Además, me pide consejo sobre cómo actuar en caso de que ocurra otra vez y, aparte de comentarle ejercicios de respiración, le recomiendo acudir a consulta de psiquiatría y/o psicología para un mejor afrontamiento de los problemas **(5240) Asesoramiento, (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.** Me pide que si por favor puedo derivarlo desde urgencias para concertar la cita con la aseguradora y le digo que no hay problema, por tanto concierto la cita para el día más cercano **(8100) Derivación.**

En este momento han transcurrido 25 minutos y le pregunto qué tal se encuentra. Se ha recuperado totalmente y la medicación ya parece haber empezado a hacer efecto, por tanto se ha terminado el episodio de angustia **(5820) Disminución de la ansiedad.** Le digo al facultativo que el paciente ya se encuentra bien y que quiere irse a casa, por tanto rellena el informe de alta con la medicación prescrita. Le entrego los papeles al paciente y antes de irse le recomiendo descansar bien esta noche **(0180) Manejo de la energía.**

## Cronograma de intervenciones

Cuadro 7. Cronograma de intervenciones.

Intervenciones	Primer ¼ hora	Segundo ¼ hora
<i>(6680) Monitorización de los signos vitales</i>	X	
<i>(2300) Administración de medicación</i>	X	X
<i>(5270) Apoyo emocional</i>		X
<i>(5240) Asesoramiento</i>		X
<i>(5440) Aumentar los sistemas de apoyo</i>		X
<i>(8100) Derivación</i>		X
<i>(5820) Disminución de la ansiedad</i>	X	X
<i>(0180) Manejo de la energía</i>		X

Fuente. Elaboración propia.

Podemos observar que la distribución de las intervenciones se ha medido en función de la prioridad, es decir, primero nos hemos ocupado de los síntomas de la ansiedad y luego de la esfera espiritual y emocional.

## 5.7. Evaluación

Basándonos en los objetivos propuestos para nuestro paciente **(1211) Nivel de ansiedad** y **(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos**, podemos decir que hemos cumplido nuestras expectativas y los síntomas de la ansiedad del paciente se han curado. Además se le ha dado el apoyo y asesoramientos para continuar con el cuidado necesario de su salud mental y ha entendido que necesita ayuda profesional.

### 5.7.1. Evaluación del resultado del DxEp

El DxEp es **(00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitaciones cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.**

- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

### **NOC del DxEp.**

#### • **(1211) Nivel de ansiedad**

Dominio 3: Salud psicosocial

Clase M: Bienestar psicológico

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Para realizar la evaluación de los objetivos, tanto del DxE como del RC, vamos a utilizar el Manual de Clasificación de Resultados de Enfermería.

Cuadro 8. Evaluación de la puntuación del objetivo del DxEp.

<b>NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación Diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>NOC (1211) Nivel de ansiedad</b>	1	5	5	30 min
<b>Escala Likert. 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.</b>				

Fuente. Elaboración propia basada en NOC (Moorhead s. , Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

Cuadro 9. Evaluación de los indicadores del objetivo del DxEp.

<b>Indicadores del NOC (1211) Nivel de ansiedad</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(121106) Tensión muscular.</b>	1	5	5	30 min
<b>(121112) Dificultades para la concentración.</b>	1	5	5	30 min
<b>(121115) Ataque de pánico.</b>	1	5	5	30 min

(121120) Aumento de la velocidad del pulso.	1	5	5	30 min
(121121) Aumento de la frecuencia respiratoria.	1	5	5	30 min
(121123) Sudoración.	3	5	5	30 min
(121129) Trastorno del sueño.	2	3	3	30 min
(121125) Fatiga.	2	5	5	30 min
(121104) Distrés.	1	5	5	30 min
(121101) Desasosiego.	2	5	5	30 min
<b>Escala Likert: 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno</b>				

Fuente. Elaboración propia basada en NOC (Moorhead s. , Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

### 5.7.2. Evaluación del resultado del RC principal

*RC: Conductas de huída*

#### **NOC del RCp.**

- **(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos**

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase R: Creencias sobre la salud

Definición: Convicción personal de que una persona tiene los medios adecuados para llevar a cabo una conducta sobre la salud.

Cuadro 10. Evaluación de la Puntuación del NOC del RC principal.

<b>NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 mins</b>
<b>Escala. 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado</b>				

Fuente. Elaboración propia basada en NOC (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

Cuadro 11. Evaluación de los indicadores del NOC del RC principal.

<b>Indicadores del NOC</b>	<b>Puntuación inicial</b>	<b>Puntuación diana</b>	<b>Puntuación alcanzada</b>	<b>Tiempo de consecución</b>
<b>(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos</b>				
<b>(170301) Apoyo percibido de los otros seres queridos.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>(170302) Apoyo percibido de los amigos.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>

<b>(170304) Apoyo percibido del personal sanitario.</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>(170307) Nivel de energía percibido para actuar.</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>(170314) Acceso percibido a los servicios de asistencia sanitaria.</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>(170318) Acceso percibido a los medicamentos prescritos.</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>30 min</b>
<b>Escala. 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado</b>				

Fuente. Elaboración propia basada en NOC (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Swanson, 2013).

## 6. DISCUSIÓN

---

Nuestro paciente es un chico de 20 años de edad diagnosticado de ataque de pánico. La elección se llevó a cabo el “Servicio de Urgencias” de un hospital de Cerdeña, Italia.

Como hemos podido constatar en el marco teórico, la actividad principal de prevención ante los ataques de pánico y/o la ansiedad es la identificación en el ámbito de atención primaria o especializada, de aquellas personas con un alto riesgo para dichos ataques, y una vez identificadas, la realización de estrategias para que disminuya el riesgo de llegar a padecerlos. Por otro lado, se llevarán a cabo una detección precoz y la instauración de un tratamiento adecuado en aquellas personas en las que la prevención primaria no haya sido efectiva. Y, por último, en el caso de que se hayan instaurado los ataques de pánico o ansiedad, se debería evitar el riesgo de recaídas y la discapacidad que pueda ser producida (Orozco & Baldares, 2012).

Un aspecto que coincide entre nuestro paciente y la bibliografía científica consultada en este estudio, y que recae en el factor precipitante del pánico, pudimos observar que el paciente estaba realizando una interpretación catastrófica de las sensaciones que estaba sufriendo llevándole a entrar en un círculo vicioso en el que agravaba esta circunstancia su estado de salud. Esta mala interpretación de las sensaciones le produjo la sintomatología de: agitación y nerviosismo grave, tensión muscular generalizada, sudoración, náuseas, desorientación leve, hiperventilación, taquipnea y taquicardia. Le costaba articular palabras con normalidad. Expresaba creer que le estaba dando un infarto agudo de miocardio y que, a su vez, presentaba inquietud por la posibilidad de encontrarse bajo un brote psicótico. Se le explicó al paciente como, que esa mala interpretación que estaba llevando a cabo le producía una activación del sistema de alarma que le hacía estar más pendiente y por consiguiente le llevaba a aumentar dicha sintomatología incapacitándole. Se le hizo ver que eran sus pensamientos los que le llevaban a dicha situación de pánico (Serrano & Morales, 2015) (Roca, 2015).

Podemos concretar que, en los ataques de pánico el tratamiento más empleado, es la exposición paulatina a los factores estresantes junto con la TCC y, en casos muy graves, se emplea el uso de la farmacoterapia (Alea, 2018).

En cuanto al riesgo de complicación, es muy común que los ataques de pánico vengan precedidos por conductas de huida. Tal y como detalla la bibliografía consultada, el uso de la exposición gradual al factor desencadenante del pánico y/o ansiedad, empleado en las TCC, reduce estas conductas, mejorando el afrontamiento del pánico y/o ansiedad. En nuestro paciente no se pudo llevar a cabo esta exposición dado a la falta de tiempo, pero se le instruyó para situaciones futuras (Serrano & Morales, 2015) (Macías-Carballo, 2019).

No obstante, empleamos en nuestro paciente las técnicas de relajación tanto respiratorias como de relajación muscular, para que el paciente pudiera controlar sin ayuda de ningún recurso externo el estado que de activación en el que se hallaba. La utilizaron de éstas técnicas, a la vez que el tratamiento farmacológico administrado, demostrado con la bibliografía consultada, que en combinación genera un resultado más eficaz. El paciente entendió una vez tranquilizado que era un problema del pensamiento, y que debía aceptarlo y buscar ayuda en profesionales especializados en salud mental (Galve, 2008) (Campos, 2008).

En nuestro estudio, hemos basado nuestro plan de cuidados en el Modelo de conservación de Levine. Este modelo nos ofrece puntos de vista diferentes sobre el proceso de una enfermedad a medida que el tiempo pasa en función de las dimensiones del paciente y de cómo percibe él el proceso de enfermedad (Levyne, 1967). El modelo que esta autora propone se rige por tres pilares fundamentales: globalidad, adaptación y conservación, inspirados en Gibson, Erikson y Nightingale (Duque, 2013).

La globalidad hace referencia a la salud como un todo, un punto de vista totalmente holístico del concepto de bienestar que integra los principios de la conservación. Como adyuvante principal de la globalidad se encuentra la

adaptación, caracterizada por los cambios fisiológicos y emocionales que se producen en el paciente a la hora de enfrentar un cambio en el entorno, si nos fijamos en nuestro paciente, éste ha entendido que tiene que haber un cambio en su vida y en su rutina, ya que eso es lo que le está haciendo tener los problemas espirituales y emocionales. Los acontecimientos que le puedan devenir en su caso particular, tendrá que aprender a sortear y adaptarlos al nuevo entorno que el mismo genere (Duque, 2013).

La adaptación se divide a su vez en tres factores: Historia, especificidad y redundancia. Levine afirma que el ser humano posee patrones diseñados específicamente para los cambios, que puede ser que estén ordenados por simplificaciones genéticas y temperamentales, como puede ser la ansiedad o el estrés) (Duque, 2013).

En la adaptación lo más importante es el entorno nuevo al que se verá sometido el paciente, tanto interno como externo. Es muy probable que el entorno de nuestro paciente de un cambio radical desde el punto que empiece la terapia. Destacamos que todo este proceso ha sido gracias al asesoramiento llevado a cabo por nuestro equipo. Particularizamos, que los tres niveles de este patrón son: perceptivo (los sentimientos con respecto a un cambio), operacionales (lo que se hace para adecuarse al cambio) y conceptual (aspectos culturales) (Duque, 2013).

Finalmente, en relación con la conservación de la energía, ha sido importante que el paciente entienda que enfrentarse a un problema con altos alicientes emocionales va a causar un desgaste que tiene que aceptar y vivir con ello hasta que mejore y cierre sus heridas. Tendrá, por tanto, que llevar una nutrición adecuada y regulada si es necesario (Duque, 2013).

Podemos concluir, que para que todo esto ocurra es importante el apoyo humano, donde en este punto los profesionales de Enfermería juegan un papel muy importante: dar un entorno seguro y en confianza es vital para que la persona con una patología consiga salir adelante (Duque, 2013).

### **6.1. Limitaciones**

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido:

- La limitación tiempo se ve reflejada en las características de la entrevista llevada a cabo en el box de urgencias con el paciente, ésta fue por un tiempo limitado, ya que surgió en un momento con mucha carga de trabajo. Por tanto, no resultó tan efectiva como podría haber si hubiéramos dispuesto de más tiempo.
- Limitaciones en el seguimiento del paciente, aparecida entre el espacio de tiempo en el que prestamos la asistencia, y los sucesivos cambios de turno que se producen en el servicio.
- Finalmente la limitación presente en la reevaluación de los resultados obtenidos.

## 7. CONCLUSIONES

---

Las conclusiones que emanan del presente estudio son las siguientes:

1. Las características clínicas y la sintomatología de los distintos tipos de trastornos de ansiedad difieren según el tipo de trastorno.

2. El tratamiento farmacológico de elección en los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de la noradrenalina (ISRN), y los benzodiacepinas en las primeras semanas de tratamiento.

3. Como tratamiento no farmacológico empleado en los trastornos de ansiedad, y en concreto, en el trastorno del pánico, constatamos el empleo de las terapias cognitivas - conductuales (TCC), dado a la eficacia que se ha visto demostrada, junto con las técnicas de relajación tanto respiratorias como musculares, terapias psicodinámicas, técnicas de Counselling o consejo asistido, psicoeducación, la práctica de ejercicio físico, Mindfulness, musicoterapia, biblioterapia y los programas on-line.

4. Se ha demostrado que el empleo en conjunto del tratamiento farmacológico junto con el no farmacológico provoca resultados más eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y pánico.

5. Asimismo, en la TCC, la parte cognitiva permite a las personas modificar los patrones de pensamiento que llevan a provocar temores, y en la parte conductual se pretende ayudar a las personas a modificar el modo en que se reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

6. Las estrategias para tratar el trastorno de ansiedad y los ataques de pánico van dirigidas al empleo de escalas como método de identificación y medida junto con el empleo del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

7. La prevención ante los ataques de pánico y/o la ansiedad va dirigida a identificar y posteriormente a llevar a cabo estrategias para disminuir el riesgo

de padecer estos ataques (prevención primaria). Por otro lado, una detección precoz y la instauración de un tratamiento adecuado en aquellas personas en las que la prevención primaria no haya sido efectiva (prevención secundaria) resultan eficaces. Y en el caso de que se haya instaurado los ataques de pánico o ansiedad se evitará el riesgo de recaídas y la discapacidad que estos puedan producir (prevención terciaria).

8. El entrenamiento y la aplicación de una serie de habilidades como son; la empatía, la escucha activa, el dejar hablar, el ser concreto, y el respeto, resulta fundamental para obtener una buena relación terapéutica profesional – paciente, que conlleve el bienestar en el paciente, manejando de un mejor modo la ansiedad del mismo.

9. La realización del proceso enfermero nos ha permitido identificar como diagnóstico principal “(00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitaciones cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.”, asociado al riesgo de complicación principal “Conductas de huida”.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

Actual, U. N. A. C., & Mercedes, S. (2012). NEUROSIS Y ANSIEDAD: NEUROSIS Y ANSIEDAD : ANTECEDENTES CONCEPTUALES DE UNA CATEGORÍA ACTUAL.

Alea, F. J. S. (2018). Sobre la importancia de diferenciar el dolor físico y el sufrimiento moral. *Contrastes: revista internacional de filosofía*, 23(3), 141-161. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7006167>

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.

American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana. ISBN 13: 978-84-9835-810-0

Anna, O., & Freud, S. (1939). Sigmund Freud.

Álvarez, D. A., Berrozpe, E. C., Castellino, L. G., González, L. A., Lucero, C. B., Maggi, S. C., ... Zalazar, R. A. (2016). Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*, 8(3), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2016.03.003>

- Amad Pastor, M., Tomás, C., Ángel, M., & Díaz García, I. (2017). ¿ Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad?. *Enfermería Global*, 16(46), 389-405.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (internet)*, 3(1), 20-29.
- Ayala, A. E. G. (2012). Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia profesional*, 26(6), 32-39.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Psicología Anormal*. España: Internacional Thomson Editores.
- Beck JS. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press; p. 391.
- Blan, R. V., Tomás, J. A., & Baute, P. F. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3).
- Bulbena, A., Bobes, J., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Medicina Clínica*, 121(10), 367-374.)

Campos, A. (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Madrid: Plan Nacional Para El SNS Del MSC.*, 9,10.

Carpenito, L.J. (2013). Manual de diagnósticos de Enfermería. 14a edición.

Cedillo Ildfonso, B. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1).

Cisneros, G. E., & Ausín, B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(1), 34-48.

Combs H, Markman J. (2014). Anxiety disorders in primary care. *Med Clin North Am*;98(5):1007-23.

Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Revista cuidarte*, 6(2), 1108-1120.

Guía clínica de crisis de pánico, (2013), Recuperado 1 de enero de 2020, de <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/crisis-panico/>.

Delgado-Pastor, L. C., & Kareaga, A. A. (2011). La ansiedad generalizada y su tratamiento basado en mindfulness. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 99, 50-65.

Duque, L. F. (2013). Myra Estrin Levine. Recuperado 19 de abril de 2019, de <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.com/2013/06/el-modelo-de-la-conservacion.html>

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Gasquet, I. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109, 21-27.

Febbraro GA. (2005). An investigation into the effectiveness of bibliotherapy and minimal contact interventions in the treatment of panic attacks. *J Clin Psychol.* 61(6):763-79.

Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

Galve, J. J. G. (2008). Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico. *Medicina naturista*, 2(3), 57-64.

Garcés Vasconez, M. V. (2019). *Ansiedad y desesperanza en pacientes oncológicos del Hospital Carlos Andrade Marín*(Bachelor's thesis, Quito: UCE).

García, H. B. A., & Contreras, A. H. (2019). INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE ATAQUES DE PÁNICO. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1).

García-Herrera Pérez-Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., Noguera Morillas, V., Bordallo Aragón, A., & Morales Asencio, J. M. (2015). Guía de práctica clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Basada en el modelo de atención por pasos en Atención Primaria y en Salud Mental. Guía completa. *Málaga: Hospital Regional de Málaga*.

Goncalves Mo, Y., & Rodriguez De Behrends, M. (2015). DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN POBLACIÓN ARGENTINA. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Gonzales, A. (2017). Ataques de pánico: un cuerpo que habla de un afecto singular. *Interecciones Psi*, 9-12.

Gonzalez, C. (2007). Reflexion sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1).

Gordon, M. (2007). Manual de diagnósticos enfermeros. 10a edición. Madrid: Mosby.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10.

Ham P, Waters DB & Oliver MN. (2005). Treatment of panic disorder. *Am Fam Physician*;71(4):733-9.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

Johnson, M., L., Mass, M., Moorhead, S., & Swanson, E. (2014). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a edición. Barcelona: Elsevier. 17.

Kojchen, S. G. (2018). La angustia de pánico y su tratamiento. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 24(2), 125-129. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v24i2.1141>

Levyne, M. E. (1967). The Four Conservation Principles of Nursing—Levine—1967—Nursing Forum—Wiley Online Library. Recuperado 19 de octubre

de 2018, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-6198.1967.tb01297.x>

López, O. I. F., Hernández, B. J., Almirall, R. B. A., Molina, D. S., & Navarro, J. R. C. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 10(5), 466–479. [En línea] Disponible en <http://www.medisur.sld.cu>; Recuperado el 22/12/2019 de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1822/1016>

Lopez Rueda, O. J. (2019). Evaluación y diagnóstico del trastorno de pánico, desde el análisis del manual diagnósticos DSM V.

Los ataques de pánico y el trastorno de pánico—Síntomas y causas—Mayo Clinic. (2018). Recuperado 24 de septiembre de 2019, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/panic-attacks/symptoms-causes/syc-20376021>

Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual.

Maero, F. (2013). Trastorno de pánico: Una guía para profesionales.

Maldonado, K., & Sánchez Méndez, M. R. (2017). Niveles de ansiedad en los alumnos de quinto a séptimo año de educación básica de la unidad educativa “Mercedes de Jesús Molina” cantón gualaceo periodo 2016-2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3).

Márquez Calsin, Y., & Jimenez Guerrero, A. R. (2019). EFECTIVIDAD DEL MINDFULNESS PARA EL TRATAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD.

Márquez, M., Arenoso, H., & Caruso, N. (2011). Eficacia del alprazolam en comprimidos sublinguales para el tratamiento de los trastornos de pánico en la fase aguda. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(2), 88-94.

Marrero, R. R., & del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917.

Martí Esquitino J, Martín García-Sancho JC & Garriga Puerto A. (2011) Tratamiento cognitivo conductual grupal de Trastorno de pánico en Atención primaria: una experiencia piloto [Internet]. *Psiquiatria.com*;15:77 [acceso 28/12/19]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/5236>

Martínez S, Sáiz P & García M. (2008). Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Salud Mental en Atención Primaria*. Oviedo, Asturias, p. 9–14.

Miró, M. T., & Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.

Montero Rodríguez, M. G., Gómez Rodríguez, A., & Montero Rodríguez, M. M. (2013). Manejo de la ansiedad: "Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson". *Sevilla: HYGIA*, 1(82), 5-12.

Montón, C., Pérez Echeverría, M. J., Campos, R., García Campayo, J., & Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten primaria*, 345-9.)

Moorhead, s., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2013). *Clasiificación de resultados de enfermería (NOC)* (5º ed.). Madrid: Elvervier.

Navarro-Mateu F, Garriga-Puerto A, Sánchez-Sánchez JA. (2010). Tree decision analysis of the therapeutic alternatives for Panic Disorders in Primary Care. *Aten Primaria*;42(2):86-94.

Ocampo, R. F., Escobar, S. D. J., Pérez, S., & Serrano, P. B. R. (2007). *Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios*. 12.

Ojeda, Cesar. (2003) Historia y re descripción de la angustia clínica, *Revista chilena de neuro- psiquiatría*, versión On-line ISSN 0717-9227

Organización Panamericana de la Salud.eCIE-10. Edición electrónica de la CIE-10. 8a ed. [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 2010. [acceso 29/12/2019]. Disponible en: [http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_2008.html](http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html)

Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.

Osma López, J. J. (2009). *Influencia de la personalidad en la clínica del trastorno de pánico con o sin agorafobia: un estudio exploratorio* (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).

Pascual P, Induráin S. (2001). Cómo mejorar nuestras entrevistas clínicas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 24(Supl 2):15- 22.

Pelissolo, A. (2019). Trastornos de ansiedad y fóbicos. *EMC - Tratado de Medicina*, 23(2), 1-8. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(19\)41998-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(19)41998-3)

Pesut, D., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoring: the art and science of critical and crative thing*. Nueva York: Delmar publisher.

Quintana, J. M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui, I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 216-221.)

Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Trastornos de ansiedad.

Roca, E. (2015). Como superar el panico. *Avances*, 34-39.

Rocha Oliveira, T., & Faria Simões, S. M. (2013). La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enfermería global*, 12(30), 76-90.

Rodriguez, I. F. M., Menal, I. C., & Rojas, V. C. (2018). Estudio de caso unico: Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual en un trastorno de panico en un adolescente. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 27-50.

Saldaña, D. M. A., Beltrán, L. F. A., Cardona, P. A. E., & Suarez, A. S. G. (2012). Cuidado de enfermería al paciente con ansiedad que va a ser sometido a cateterismo cardíaco. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 20(3), 112-116.

Santiesteban, J. R. G., Cruz, M. G., Plaza, M. Z., Álvarez, J. S., Campoverde, D. G., & Frometa, E. R. (2019). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2).

Sánchez, A. R., Calderón, C. E., Montenegro, A. F. H., Calderón, E. E., & Moyano, A. R. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 7.

Santos, C. D., & Vallín, L. S. (2018). La ansiedad en la adolescencia. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(1), 21-31.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 19-28.

Sepúlveda-Vildósola, A. C., Herrera-Zaragoza, O. R., Jaramillo-Villanueva, L., & Anaya-Segura, A. (2014). La musicoterapia para disminuir la ansiedad Su empleo en pacientes pediátricos con cáncer. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(S2), 50-54.

Serrano, N. M., & Morales, M. I. C. (2015). Tratamiento cognitivo conductual de un caso de trastorno de pánico con agorafobia en un paciente con dolor crónico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 3(1).

Schlesinger Piedrahita, A., Pescador Vargas, B., & Roa Culma, L. A. (2017). ALCOHOLIC NEUROTOXICITY. *Revista Med*, 25(1), 87-101. <https://doi.org/10.18359/rmed.2924>

Scholten, A. (2015). Factores de Riesgo para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD).

Snyder, M. & Lindquist, R. (2011). Terapias complementarias y alternativas en enfermería. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 92-99

Theoduloz, L. G. F. (2016). *Estudio de la toma de decisiones asociada a interacciones sociales en personas con depresión*. 104.

Trastorno de pánico: MedlinePlus enciclopedia médica. (2018). Recuperado 24 de septiembre de 2019, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000924.htm>

Ugarte, C., Ignacio, J., González-Pinto Arrillaga, A., & Cabo González, O. M. (2015). Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto. *Gerokomos*, 26(1), 18-22.

Ungo, M., Brandino, P., & Cabrera, C. (2019). *Mindfulness: Sanar tu ansiedad*. EDICIONES B.

Vargas, L., & Judith, T. M. (2018). Estudio de caso clínico: Tratamiento cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Universidad de San Martín de Porres – USMP*. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4303>

Vindel, A. C., Wood, C. M., Dongil, E., & Latorre, J. M. (2011). El trastorno de pánico en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 32(3), 265-273.

Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213-231.



## VALORACIÓN

### Patrones Funcionales

Varón de 20 años de edad que acude a urgencias por un ataque de pánico a las 23:00 H. Aparenta agitación y nerviosismo grave, tensión muscular generalizada, sudoración, náuseas, desorientación leve, hiperventilación, taquipnea y taquicardia. Le cuesta articular palabras con normalidad. Expresa creer que le está dando un infarto agudo de miocardio y que, a su vez, tiene inquietud por la posibilidad de encontrarse bajo un brote psicótico. Acude a urgencias sin acompañante y comenta que es la primera vez que le ocurre este fenómeno. Sintomatología: taquicardia, hiperventilación, desrealización, náuseas, mareo, tensión muscular; ligera bradilalia y, tras 10 minutos después de tratamiento, llanto. Antecedentes personales: Fumador ocasional, deportista y dieta equilibrada. Estudiante de odontología. Bebe alcohol ocasionalmente. Depresión leve hace 4 años que cedió con psicoterapia sin tratamiento farmacológico. Manifiesta que lleva dos meses despertándose de forma repentina y súbita por terrores nocturnos acompañados de dolor en el pecho y taquicardias. Le cuesta conciliar el sueño. Abuso de cafeína. Antecedentes quirúrgicos: Ninguno. Tratamiento: Crónico: no procede. Situacional: AINES y pirazolonas. En urgencias: Diazepam 5mg im y prescripción de lorazepam 0.5mg c/24 horas vo + alprazolam 0.5mg si necesario vo. Situación basal: Independiente para ABVDs. TA: 134/85, FC: 110 lxm, FR: 35 rpm, SatO2: 100%, T°: 37.3°C. Auscultación de ruidos respiratorios sin anomalías, auscultación cardiaca sin soplos. Se realiza ECG: sinusal (se descarta patología cardiaca). Taquicardia sinusal.

## DxEs:

- (00078) Gestión ineficaz de la salud r/c percepción de gravedad del problema y apoyo social insuficiente m/p decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.
- (00226) Riesgo de planificación ineficaz de las actividades r/c apoyo social insuficiente, conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta y percepción no realista del acontecimiento.
- (00134) Náuseas r/c ansiedad y trastorno psicológico m/p sensación de náuseas.
- (00032) Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad e hiperventilación m/p taquipnea
- (00095) Insomnio r/c ansiedad, temor y factores estresantes m/p despertar temprano y dificultad para mantener el sueño.
- (00096) Deprivación de sueño r/c pesadillas y terrores nocturnos m/p temblor de manos y ansiedad.
- (00198) Trastorno del patrón del sueño r/c patrón de sueño no reparador m/p despertarse sin querer e insatisfacción con el sueño.
- (00128) Confusión aguda r/c alteración del sueño-vigilia m/p inquietud e ideas erróneas.
- (00175) Sufrimiento moral r/c limitación de tiempo para la toma de decisiones m/p angustia por actuar basándose en la propia elección moral.
- (00251) Control emocional inestable r/c conocimiento insuficiente sobre el control de síntomas, conocimiento insuficiente sobre la enfermedad, abuso de sustancias, factores estresantes m/p llanto.
- (00120) Baja autoestima situacional r/c alteración del rol social y antecedentes de rechazo m/p reto situacional a la propia valía y subestima su habilidad para gestionar la situación.
- (00124) Desesperanza r/c pérdida de confianza en el poder espiritual m/p Cambios en el patrón de sueño. Claves verbales pesimistas y Contacto visual escaso.
- (00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitations cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.
- (00052) Deterioro de la interacción social r/c alteración en el autoconcepto y conocimiento insuficiente sobre cómo fomentar la reciprocidad m/p disconfort en situaciones sociales e insatisfacción con los compromisos sociales.
- (00065) Patrón sexual ineficaz r/c deterioro de la relación con una persona significativa m/p alteración de las relaciones con personas significativas.
- (00241) Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c ansiedad m/p autoinculpación excesiva y autoestima afectada.

## RCs:

Conductas de huida; Pensamientos autolíticos; Depresión; Alcoholismo; Fobias específicas (agorafobia).

**Reflexión profesional:** Ha sido importante que el paciente entienda que enfrentarse a un problema con altos alicientes emocionales va a causar un desgaste que tiene que aceptar y vivir con ello hasta que mejore y cierre sus heridas. Tendrá, por tanto, que llevar una nutrición adecuada y regulada si es necesario. Para que todo esto ocurra es importante el apoyo humano, y es aquí donde irrumpe el papel de la enfermería dando un entorno seguro y en confianza que es vital para que la persona con una patología salga adelante. El plan de cuidados está basado en el modelo teórico de conservación de Myra Levine. La conclusión final nos ofrece un aporte humanizado del cuidado necesario para que el paciente salga adelante con una visión holística de la persona.

## MARCO

**DxEp:** (00146) Ansiedad r/c abuso de sustancias, crisis situacional, factores estresantes y conflicto entre objetivos vitales m/p palpitations cardiacas, excitación cardiovascular, debilidad, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardiaca, náuseas, mareos, voz temblorosa, temblor, temblor de manos, aumento de la tensión, insomnio, inquietud, contacto visual escaso, confusión, bloqueo de pensamientos, temor, sufrimiento y angustia.

**RCp:** Conductas de huida.

**NOC DxEp:** (1211) Nivel de ansiedad.

**NOC RCp:** (1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos.

Indicadores	PI	PD	PA	Tiempo
NOC del DxEp: <b>(1211) Nivel de ansiedad.</b>	1	5	5	30 min
Escala Likert. 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.				
NOC del RCp: <b>(1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos.</b>	2	5	5	30 min
Escala. 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado				

**NICs DxEp**

**NICs RCp**

- **(5820) Disminución de la ansiedad**
  - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
  - Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- **(2300) Administración de medicación**
  - Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.
  - Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- **(5270) Apoyo emocional**
  - Comentar la experiencia emocional con el paciente.
  - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- **(5240) Asesoramiento**
  - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
  - Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- **(6680) Monitorización de los signos vitales**
  - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
  - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial
- **(5440) Aumentar los sistemas de apoyo**
  - Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
  - Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- **(8100) Derivación**
  - Establecer las preferencias del centro al que ha de derivarse.
  - Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.
- **(0180) Manejo de la energía**
  - Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
  - Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.

**Evaluación en base a la PA:**

**NOC DxEp**

Hemos realizado correctamente el plan de cuidados porque todos los indicadores han llegado a la puntuación diana que nos habíamos propuesto, por lo tanto todas las actividades han sido correctas. El objetivo ha sido conseguido.

**Evaluación final:** Como hemos podido observar, el paciente ha entendido en qué consiste el trastorno y tiene una actitud positiva en seguir con ayuda profesional fuera del servicio de urgencias. Los indicadores se han mantenido y han mejorado considerablemente.