

Proceso de cuidado enfermero aplicado en un paciente con trastorno de pánico y ansiedad paroxística episódica

Nursing care process applied to a patient with panic disorder and episodic paroxysmal anxiety

Processo de cuidar de enfermagem aplicado a um paciente com transtorno de pânico e ansiedade paroxística episódica

Karol Lizzette Pérez Rivas¹

Ana Cristina Arriaran Quispe¹

Alessandra Cárdenas Benites¹

Edy Luz Vergara Rojas¹

Rodolfo Amado Arévalo Marcos¹

Petronila Elizabeth Alvarado Chávez¹

<https://orcid.org/0000-0002-0587-9080>

<https://orcid.org/0000-0002-9002-8589>

<https://orcid.org/0000-0003-4173-8039>

<https://orcid.org/0000-0002-3416-3727>

<https://orcid.org/0000-0002-4633-2997>

<https://orcid.org/0000-0002-4510-3885>

Resumen

Objetivo: Brindar intervenciones de enfermería que mejoren el estado de salud del usuario. **Caso clínico:** Paciente joven de 22 años de edad, de sexo femenino, con historial de trastorno de pánico y ansiedad paroxística episódica, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente hace 8 años. La paciente ingresa en el hospital en 2012 por riesgo de lesión y ataques de ira por violación. Su diagnóstico del psiquiatra indica trastorno depresivo severo, recibió terapias en sesiones de un año. Su alimentación es normal. La paciente reingresó hace 3 meses por lesiones en el cuerpo, déficit de volumen de líquidos, automutilación y riesgo de conducta suicida por exceso de fármacos. **Métodos:** Estudio de caso único, de enfoque cualitativo. Se utilizó como herramienta de valoración la teoría de los 11 patrones de Marjory G. Para el procesamiento de datos se usaron los listados internacionales de los diagnósticos de enfermería 2001-2023 del NANDA, las taxonomías de clasificación de resultado NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC. **Resultados:** La evolución del paciente fue desfavorable debido a la complejidad de la enfermedad; se brindaron todos los cuidados basados en los planes de cuidado individualizado. La paciente intentó suicidarse el 25 de octubre del 2022. **Conclusión:** El diagnóstico priorizado (00289), riesgo de conducta suicida, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores de desinterés por la vida (+2), explosión de ira (+3) y dolor (+3).

Palabras clave: trastorno de pánico, trastornos de ansiedad, trastorno depresivo (DeCS)

Abstract

Objective: To provide nursing interventions that improve the health status of the user. **Clinical case:** Young 22-year-old female patient with a history of panic disorder and episodic paroxysmal anxiety, recurrent depressive disorder, moderate episode for 8 years. The patient is admitted to the hospital in 2012 due to the risk of injury and rage attacks due to rape. Her psychiatrist's diagnosis indicates severe depressive disorder, she received therapies in one-year sessions. Her diet is normal. The patient was readmitted 3 months ago due to bodily injuries, fluid volume deficit, self-mutilation, and risk of suicidal behavior due to excess medication. **Methods:** A case report study, qualitative approach. The theory of the 11 patterns of Marjory G were used as an assessment tool. For data processing, the international lists of nursing diagnoses 2001-2023 from NANDA, the NOC result classification taxonomies, and the classification of nursing interventions NIC were used. **Results:** The evolution of the patient was unfavorable due to the complexity of the disease; all care was provided based on individualized care plans. The patient attempted suicide on October 25, 2022. **Conclusion:** The prioritized diagnosis (00289), risk of suicidal behavior, had a change score based on the indicators of disinterest in life (+2), explosion of anger (+3), and pain (+3).

Keywords: panic disorder, anxiety disorders, depressive disorder (MeSH)

¹ Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú

² Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú

Resumo

Objetivo: Fornecer intervenções de enfermagem que melhorem o estado de saúde do usuário. **Caso clínico:** Paciente jovem, 22 anos, sexo feminino, com história de transtorno do pânico e ansiedade paroxística episódica, transtorno depressivo recorrente, episódio moderado presente há 8 anos. A paciente deu entrada no hospital em 2012 por risco de lesão e ataques de raiva devido ao estupro. O diagnóstico de seu psiquiatra indica transtorno depressivo grave, ele recebeu terapias em sessões de um ano. Sua dieta é normal. A paciente foi reinternado há 3 meses devido a lesões corporais, déficit de volume de líquidos, automutilação e risco de comportamento suicida devido ao excesso de medicação. **Métodos:** Estudo de caso único, abordagem qualitativa. Como instrumento de avaliação foi utilizada a teoria dos 11 padrões de Marjory G. Para o processamento dos dados foram utilizadas as listas internacionais de diagnósticos de enfermagem 2001-2023 da NANDA, as taxonomias de classificação de resultados da NOC e a classificação das intervenções de enfermagem. **Resultados:** A evolução do paciente foi desfavorável devido à complexidade da doença, todos os cuidados foram prestados com base em planos de cuidados individualizados. O paciente tentou suicídio em 25 de outubro de 2022. **Conclusão:** O diagnóstico priorizado (00289), risco de comportamento suicida, teve pontuação de alteração com base nos indicadores de desinteresse pela vida (+2), explosão de raiva (+3) e dor (+3).

Keywords: transtorno do pânico, transtornos de ansiedade, transtorno depressivo (DeCS)

Introducción

El trastorno de pánico es uno de los trastornos psicológicos con mayor atención en la investigación. Este trabajo se centra en los enfoques de la personalidad y en la exploración del temperamento del paciente que emplea principalmente dos procedimientos. El primero consiste en la medición mediante modelos clínicos y el segundo, en medidas de un modelo de identidad normal.¹ Asimismo, va de la mano con la ansiedad social, conocida como fobia social, la cual es un desorden psiquiátrico habitual y debilitante caracterizado por el miedo o evitación exagerada, en las que el sujeto se siente examinado y temido por los demás debido a la evaluación negativa de otras personas; incluido el miedo a una diversidad de situaciones sociales asignadas a mecanismos neurobiológicos que pueden estar involucrados en estos síntomas.² La medicina tradicional china explica esta enfermedad como un dominio de miedo, tensión y estrés, acompañada de signos o emociones agudo punzantes en el tórax y en la parte inferior del ombligo, la causa puede ser interna o externa, con un efecto incontrolable bajo la explicación general del MTC (Medicina Tradicional China), estos problemas incluyen problemas emocionales.³ El trastorno de pánico condiciona severamente la existencia de los afectados. Debido a que los altercados de pánico son tan intensos y amenazantes, demasiadas personas desarrollan un pánico intenso. Esto puede continuar hasta que ya no salgan solos de la casa y eviten las muchedumbres. Además de los ataques de pánico, se incrementa la agorafobia.⁴ El trastorno de ansiedad se fundamenta por la colisión que tienen o tendrán en la morbilidad del enfermo: en su condición de vida y el uso de la asistencia de salud; esto causa disfuncionalidad tanto en su centro laboral, familiar y social, efectos fundamentalmente del sufrimiento psicológico.⁵ El ataque de pánico se identifica por la aparición súbita, eventual y por el miedo muy intenso, junto con una sucesión de síntomas muy peculiar, que empiezan de una forma repentina y aproximadamente sucede en los primeros diez minutos de tiempo desde el inicio de la dificultad antes de alcanzar su máxima expresión. Por lo cual se experimenta la taquicardia, la dificultad para respirar, temblores involuntarios, sudoración intensa, náuseas, mareos, entre otros.⁶ El trastorno del pánico ocurre repentinamente en cualquier momento o lugar, tiene ataques recurrentes e inesperados. La crisis causa los siguientes signos que invadan el pensamiento, como el miedo constante por el riesgo de tener más trances; ansiedad por sus secuelas, como por ejemplo miedo a no poder controlarse, sufrir un ACV o llegar a alocarse; cambios significativos de la conducta asociada al impasse por el trance.⁷

Por esta razón, el estrés y la depresión han sido reconocidos como problemas de peligro para el crecimiento de enfermedades cardiovasculares. Hoy en día, los trastornos de ansiedad están íntimamente relacionados con los obstáculos de enfermedades cardíacas. El trastorno de pánico en pacientes con enfermedades cardíacas es un reto para diagnosticar y atender como prioridad.⁸ Por otro lado, los episodios depresivos son el tipo más frecuente y característico de depresión, esto

puede que comience en fase temprana o empiece en unas cuantas semanas, con una prolongación de hasta meses. Algunos síntomas de depresión deben de permanecer por lo menos alrededor de dos semanas consecutivas para ya poder hablar de un episodio depresivo.⁹ El vínculo de los problemas de salud por ansiedad y la depresión no es solo patológico, sino también clínico. En uno de los primeros estudios por metaanálisis para examinar la relación entre estos dos padecimientos, se descubrió que el 58% de las personas deprimentes presentaban algún patrón de preocupación. Existen estudios que la depresión y la ansiedad están relacionadas la aflicción crónica.¹⁰ Del mismo modo, la melancolía recurrente es un cuadro ansioso y deprimente que se presenta en etapas no específicas de la vida como consecuencia por decepciones, alejamiento de los seres amados, muerte y fracasos. Se toma como si la reacción fuera exagerada a la dolencia ante un problema interno o puede suceder ante un evento externo. Puede inducir a una pérdida de confianza en sí mismo, y si la persona es más sensible a estos eventos, más rápido aparecen los síntomas de la enfermedad.¹¹ El trastorno de salud mental es la definición por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como una enfermedad mental, corporal y comunitario y no como sufrimiento como está indicado por los Presidentes de la Asociación Mundial de Psiquiatría. El Dr. Ahmed Okasha afirmó que la vitalidad mental está ligado a un estadio de confort, un estado que las personas llegan a conocer sus capacidades.¹²

La ansiedad de pánico puede causar un gran malestar y empeorar la vida del paciente. El método efectivo para la afección de pánico y ansiedad ha incorporado tradicionalmente en las modalidades de exhibición a signos de miedo, reparación cognitiva y tácticas de reducción del estrés; causas de inseguridad para el miedo como la susceptibilidad a la ansiedad.¹³ El 70% de personas con trastorno de pánico padece de alguna de las enfermedades mentales. Sin embargo, muchas personas con trastorno de pánico presentan trastorno de la personalidad y retraso mental. La investigación está basada en la valoración efectiva con los pacientes clínicos examinados y estudiados siguiendo los textos de evaluación de las enfermedades intelectuales (DSM-IV-TR y CIE-10- manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - trastorno de pánico).¹⁴ Cuando la ansiedad nos restringe o nos hace sentir mal, puede volverse patológico. Algunas personas se encuentran paralizadas por la ansiedad, es tan poderoso que puede drenar tu mente. Si la ansiedad continúa durante mucho tiempo, provocará dolores de cabeza por tensión, espasmos musculares, presión arterial alta, fatiga, falta de sueño, irritabilidad y otros síntomas.¹⁵ Es evidente que las enfermedades mentales se conocen por el miedo reiterado, inesperados y espontáneos, sin factores externos o un objeto de miedo que los provoque. Las llamadas fobias, que corresponden al miedo constante de experimentar otro ataque de pánico, son una de las más peculiares formas de experimentar este trastorno, también denominada ansiedad anticipatoria.¹⁶ En cuanto a la alteración del estado de ánimo, muchas de las alteraciones que se consultan a diario principalmente tienen un elevado riesgo a la depresión, por lo que los especialistas deben estar atentos a una evaluación correcta y así reducir los problemas del estado de ánimo, incluso sabiendo que es un problema grave tiene un alto riesgo de su tratamiento, lo que resulta en el tratamiento más conveniente para la persona que lo padezca.¹⁷

En esta investigación sobre la salud mental se utilizó el diseño de dos estudios, el primero destinado a los expertos en salud mental y el segundo a individuos en edad adulta temprana, los estudios se basaron en lo corporal y mental. En estos últimos años la tecnología ha sido causante de estas enfermedades de ansiedad con la aparición de las aplicaciones móviles, considerando una enfermedad mental y de ansiedad que afecta a la población.¹⁸ Alrededor del 35% de las personas consumen bebidas alcohólicas y drogas para reducir los síntomas del miedo; las personas que sufren de este padecimiento creen que este tipo de uso los ayuda, ocasionando en ellas el alcoholismo y uso de drogas. Debido a la alta velocidad que conlleva la enfermedad ya existente, el manejo de estos problemas requiere la ayuda de los especialistas en los factores psicológicos complejos y síntomas físicos. Se pueden mejorar estos factores y síntomas físicos.¹⁹ Las figuras sociodemográficas más vulnerables son los adolescentes, entre ellas las mujeres, y si se juntan estas características ayudará

a diagnosticar precozmente el trastorno de pánico y ansiedad, entre ellas las solteras, sin ocupación, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos en familiares; estas son las características importantes encontradas en las personas que lo padecen esta enfermedad.²⁰

La finalidad del proceso fue brindar intervenciones de enfermería que mejoren el estado de salud del usuario.

Métodos

El método es un estudio de caso único de enfoque cualitativo. Este modelo de búsqueda es un aspecto de comprender las interacciones con la comunidad. La búsqueda cualitativa simplificó la recopilación y programación de los datos, ya que su procedimiento es flexible y amplio. Por otra parte, mejoró la investigación para entender el trayecto del trastorno de pánico como una agrupación en el ámbito real - colectivo de la autenticidad del paciente.²¹ Para la obtención del análisis se utilizó como herramienta de valoración la teoría de los 11 patrones de Marjory G. Para el procesamiento de datos se usaron los listados internacionales de los diagnósticos de enfermería 2001-2023 del NANDA internacional doceava edición.²² Para la valoración de resultados se utilizaron las taxonomías de clasificación de resultado NOC sexta edición.²³ Asimismo, para las mediciones de enfermería se empleó la clasificación de intervenciones de enfermería NIC séptima edición.²⁴ Se procedió a reglamentar los planes didácticos, los cuales se explican en las tablas 1, 2, 3, 4 y 5.

Caso clínico

Paciente joven de 22 años de edad, de sexo femenino, con historial de trastorno de pánico y ansiedad paroxística episódica, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente hace 8 años. La paciente ingresó al hospital en 2012 por riesgo de lesión y ataques de ira por violación. Su diagnóstico del psiquiatra indica trastorno depresivo severo; recibió terapias en sesiones de un año. Su alimentación es normal. La paciente reingresa hace 3 meses por lesiones en el cuerpo, déficit de volumen de líquidos, automutilación, riesgo de conducta suicida por exceso de fármacos.

La paciente refiere: «no puedo dormir», «no puedo respirar bien», «me duele el pecho», «no tengo apetito», «me siento triste», «tengo ira», «tengo cólera», «tengo sentimiento de culpa», «tengo ansiedad».

A la observación, la paciente en posición supina, ansiosa, hemodinamicamente con funciones vitales estables, hallazgo de cortes causados por arma blanca e ingesta exceso de sobredosis.

Tratamiento farmacológico

Amitriptilina Clorhidrato 25 mg tableta c/24 h noche

Clonazepam 2 mg tableta c/24 h noche

Fluoxetina (como clorhidrato) 20 mg tableta c/24 h al día

Sertrialina 50 mg tableta c/ 24 h tarde

Hidratación constante

A la observación, la paciente permanece en posición supina, ansiosa, con temperatura corporal de 37°C, saturación de 98 %, presión arterial 100/90 mm/hg, cavidad oral deshidratada, con frecuencia cardíaca normal 70 x min, frecuencia respiratoria 20 rpm, con presencia de dolor en la zona del tórax en escala de Eva 8/10, presencia de disnea, hipotérmica, con presencia de lesiones en miembros inferiores y superiores.

Valoración de Enfermería por patrones funcionales

Patrón I

Percepción del manejo de salud: Paciente de 22 años de edad, con antecedentes de trastorno de pánico y ansiedad paroxística episódica, trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente hace 8 años; recibió terapias en sesiones de un año y a la fecha lleva 3 meses que retomó su tratamiento psicológico.

Patrón II

Nutricional metabólico: Al examen físico, se evidencia que la paciente está mal alimentada, perdió 5 kilos en una semana, con piel pálida, deshidratada, presenta dificultad respiratoria y debilidad muscular.

Patrón III

Eliminación: Paciente con eliminación de orina color amarillo turbio, las heces normales, eliminación 1 vez al día y 2 veces por día, eliminación urinaria.

Patrón IV

Actividad -ejercicio: Paciente con limitaciones para moverse (débil), dolor en el tórax y en las lesiones de los miembros inferiores, confusa por exceso de fármacos e indica que no puede realizar actividades como bailar, caminar, estudiar.

Patrón V

Sueño -descanso: Presenta cansancio, patrón de sueño alterado, ojerosa, falta de concentración y episodios de olvido, descanso de 4 horas.

Patrón VI

Cognitivo - perceptivo: Paciente refiere migraña, dolor en las heridas (zona de las muñecas por corte en venas), con valoración en la escala de Eva de 8/10, en escala de Norton de 8 puntos.

Patrón VII

Autopercepción - autoconcepto: Presenta ansiedad, nerviosismo, dificultad para relajarse, sin preocupación de su estado y su futuro, sin preocupación de su menor hija, con pensamiento y sentimientos bloqueados.

Patrón VIII

Rol - relaciones: Paciente refiere que convive con su menor hija, madre, hermanos, tíos, primos; últimamente, se está relacionado con amigos del colegio, sin dificultad para seguir su tratamiento.

Patrón IX

Sexualidad - reproducción: Sexo femenino, con menstruación regular, el último día de periodo fue el 26/9/2022, con aborto inducido hace 2 años, actualmente se cuida con el método del ritmo.

Patrón X

Tolerancia al estrés: la paciente presenta tensión muscular, postura rígida, labios secos, conoce algunas técnicas de relajación, pero que no le sirven de mucho; su madre es técnica de enfermería, pero no sabe las técnicas para liberar los músculos.

Patrón XI

Valores - creencias: La paciente refiere ser católica, su actitud de creencia ante Dios es positiva, indica que solo tiene bautizo y comunión, no asiste a la iglesia.

Priorización de diagnósticos enfermeros

(00289): Riesgo de conducta suicida relacionado con ansiedad, baja autoestima, ideación suicida, evidenciado por dificultad para enfrentar un desempeño insatisfactorio, abuso de sustancias, dolor en miembros inferiores por autolesión (tabla 1).

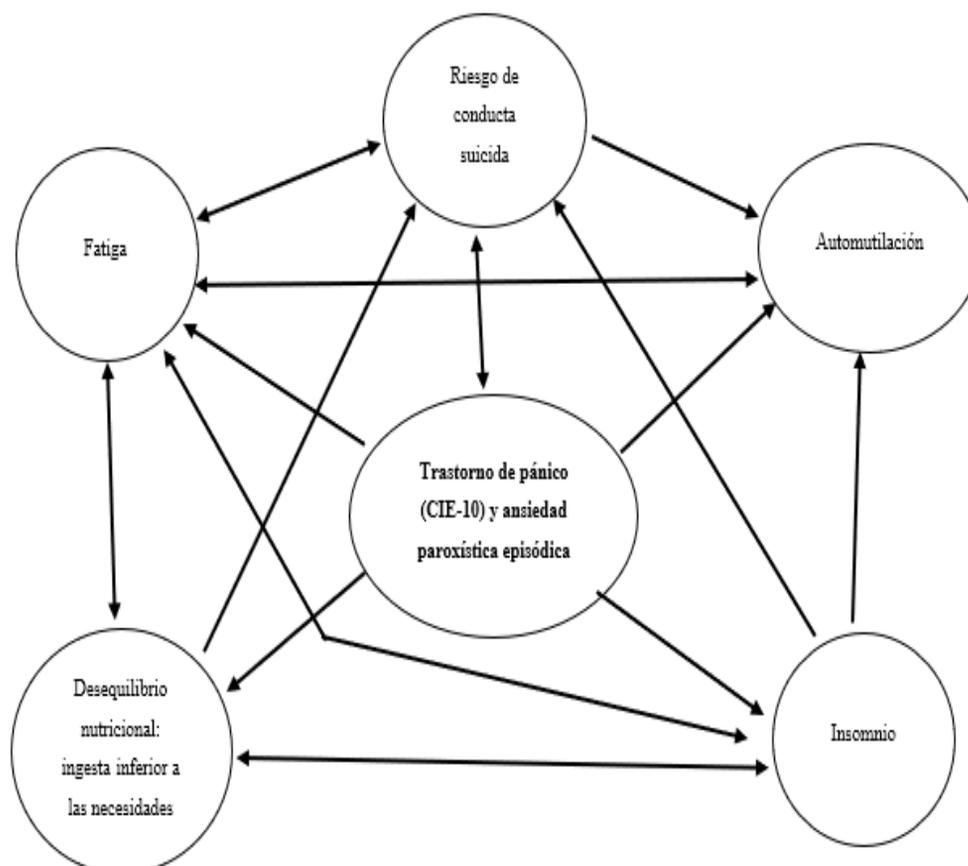
(00093): Fatiga relacionada con ansiedad; estresores evidenciados por expresa frustración, expresa debilidad, por presencia de dificultad respiratoria (tabla 2).

(00151): Automutilación relacionada con pérdida de control sobre la situación de resolución de problemas; sentimientos negativos evidenciados por laceración de la piel, cortes en el cuerpo, arañarse el cuerpo por dolor de heridas (zona de las muñecas por corte en venas), con valoración en la escala de Eva de 8/10 (tabla 3).

(00002): Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con síntomas depresivos, inadecuado interés en la comida evidenciado por peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo, palidez de membranas mucosas, pérdida de peso de 5 kilos por semana, piel pálida (tabla 4).

(00095): Insomnio relacionado con síntomas depresivos, siestas frecuentes durante el día, estresores evidenciados por expresa insatisfacción con la calidad de vida, expresa olvido por patrón de sueño alterado, falta de concentración y episodios de olvido (tabla 5).

Figura 1
Red de razonamiento clínico del modelo AREA



Después de establecer los diagnósticos enfermeros más relevantes del paciente, se evidenció su relación con el proceso de salud mental; entre ellos priorizamos el riesgo de conducta suicida, debido a que el paciente presenta trastorno de pánico (CIE-10) ansiedad paroxística episódica. Este diagnóstico está relacionado con la automutilación, ya que es desencadenado en pacientes con trastorno; asimismo, está relacionado con el insomnio porque al no descansar lo suficiente está expuesto a la fatiga y al desequilibrio nutricional. Además, se relaciona con la conducta suicida por la baja autoestima al no estar satisfecha con su cuerpo. Por lo tanto, la fatiga tiene relación como causa-efecto por el episodio de conducta que presenta el paciente al autolesionarse.

Resultados

Planes de cuidado

Tabla 1

Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00289) riesgo de conducta suicida

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00289) Riesgo de conducta suicida relacionado con ansiedad, baja autoestima, ideación suicida, evidenciado por dificultad para enfrentar un desempeño insatisfactorio, abuso de sustancias y dolor en miembros inferiores por autolesión.	1211 Bienestar psicológico: nivel de ansiedad 121143 Desinterés por la vida 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 2 121110 Explosión de ira 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 3 121138 Dolor 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3	4354 Manejo de la conducta: autolesión 4354.01 Se realizó escucha activa con el paciente. 4354.02 Se procedió a retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente. 4354.03 Se pactó con el paciente para que no se autolesione, para que permanezca físicamente seguro. 4354.04 Se monitoriza a la paciente en busca de impulsos autodestructivos. 4354.05 Se sugirió conductas alternativas, como buscar apoyo entre las personas o participar en una actividad que reduzca la ansiedad adaptativa.	1211 Bienestar psicológico: nivel de ansiedad 1211.43 Desinterés por la vida 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 1211.10 Explosión de ira 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 1211.38 Dolor 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +3

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman H. (2021) p. 551; Moorhead S. (2018) p. 452; Butcher H. (2018) p. 265

Tabla 2
Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00093) fatiga

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con dolor, evidenciado por FR: 26 rpm.	0415 Estado respiratorio 041501 Frecuencia respiratoria 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3	3350 Monitorización respiratoria 3350.01 Se monitorizaron los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de cheyne-stokes, respiración apnéustica, biot y patrones atáxicos. 3350.02 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. 3350.03 Auscultar los sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios 3350.04 Se realizó la percusión en las zonas anterior y posterior del tórax desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.	0415 Estado respiratorio 041501 Frecuencia respiratoria 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic; basado en Herman H. (2021) p. 315; Moorhead S. (2018), p. 402; Butcher H. (2018), p. 347

Tabla 2
Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00093) fatiga

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00093) Fatiga relacionada con ansiedad, estresores evidenciados por expresa frustración, expresa debilidad, por presencia de dificultad respiratoria.	1208 Bienestar psicológico: nivel de depresión 120806 Fatiga 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3 120816 Enfado 1 2 3 4 5 G S M L N Diana: Aumentar: 4 Mantener: 3 120817 Desesperación 1 2 3 4 5 G S M L N Diana: Aumentar: 5 Mantener: 3	5270 Apoyo emocional 5270.01 Se permaneció con el paciente y proporcionó sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. 5270.02 Se procedió a comentar la experiencia emocional con el paciente. 5270.03 Se procedió a ayudar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 5270.04 Se procedió a abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.	1208 Bienestar psicológico: nivel de depresión 120806 Fatiga 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +3 120816 Enfado 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 120817 Desesperación 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman H. (2021) p. 312; Moorhead S. (2018) p. 457; Butcher H. (2018) p. 74

Tabla 3
Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00151) Automutilación

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00151) Automutilación relacionada con pérdida de control sobre la situación de resolución de problemas; sentimientos negativos evidenciados por laceración de la piel, cortes en el cuerpo, arañarse el cuerpo por dolor de heridas con valoración en la escala de Eva de 8/10.	1913 Integridad tisular: severidad de la lesión física 191303 Laceraciones 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3 191301 Abrasiones cutáneas 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 3 191325 Tumefacción 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 3	4350 Manejo de la conducta: autolesión 4354.01 Se identificó el historial previo de conductas de autolesión. 4354.02 Se procedió a administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autolesión. 4354.03 Se procedió a retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente. 4354.04 Se procedió a identificar los indicios que anteceden al comportamiento de automutilación. 4354.05 Se incluyó a la paciente en terapias individuales y de grupo.	1913 Integridad tisular: severidad de la lesión física 191303 Laceraciones 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 191301 Abrasiones cutáneas 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 191325 Tumefacción 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +3

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman H. (2021) p. 547; Moorhead S. (2018) p. 564; Butcher H. (2018) p. 265

Tabla 4
Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00002) Desequilibrio nutricional

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con síntomas depresivos, inadecuado interés en la comida evidenciado por peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo, palidez de membranas mucosas, pérdida de peso de 5 kilos por semana, piel pálida.	1208 Bienestar psicológico: Nivel de depresión 120832 Disminución del apetito: 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 3 120801 Estado de ánimo deprimido 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 4 Mantener: 3 120831 Pérdida de peso 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3	1260: Manejo de peso 1260.01 Se procedió a determinar el peso corporal ideal del individuo. 1260.02 Se procedió a animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda. 1260.03 Se animó al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua. 1260.04 Se animó al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a la ingesta de alimentos revisar diariamente. 1260.05 Se planificó recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.	1208 Bienestar psicológico: nivel de depresión 1208.32 Disminución del apetito 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +1 1208.01 Estado de ánimo deprimido 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 120831 Pérdida de peso 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: 0

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman H. (2021) p. 231; Moorhead S. (2018) p. 457; Butcher H. (2018) p. 317

Tabla 5
Plan de cuidado del diagnóstico enfermero: (00095) Insomnio

Diagnóstico enfermero NANDA	Criterios de evaluación inicial NOC	Intervenciones de enfermería NIC	Evaluación de logro NOC
(00095) Insomnio relacionado con síntomas depresivos, siestas frecuentes durante el día, estresores evidenciados por expresa insatisfacción con la calidad de vida, expresa olvido por patrón de sueño alterado, falta de concentración y episodios de olvido.	1208 Bienestar psicológico: nivel de depresión 120809 Insomnio 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3 120802 Pérdida de interés por actividades 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3 120801 Estado de ánimo deprimido 1 2 3 4 5 G S M L N Diana Aumentar: 5 Mantener: 3	1850: Mejorar el sueño 1850.01 Se comprobó el patrón de sueño del paciente y se observaron las circunstancias físicas y psicológicas que interrumpen el sueño. 1850.02 Se procedió a observar /registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. 1850.03 Se procedió a ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. 1850.04 Se procedió a ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, y cama) para favorecer el sueño. 1850.05 Se enseñó a la paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción de sueño. 1850.06 Se ayudó a fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.	1208 Bienestar psicológico: nivel de depresión 1208.09 Insomnio 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +2 120802 Pérdida de interés por actividades 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: 0 120801 Estado de ánimo deprimido 1 2 3 4 5 G S M L N Puntuación de cambio: +1

Fuente: Elaboración propia con información de las taxonomías Nanda, Noc, Nic, basado en Herdman H. (2021) p. 294; Moorhead S. (2018) p. 457; Butcher H. (2018) p. 333

Discusión

El presente caso clínico se realizó a paciente en proceso del cuidado enfermero con trastorno de pánico (CIE-10) y ansiedad paroxística episódica. Los cuidados de enfermería se realizaron priorizando la integridad del paciente. En el análisis del primer diagnóstico (00289), riesgo de conducta suicida relacionado con ansiedad, baja autoestima, ideación suicida, evidenciado por dificultad para enfrentar un desempeño insatisfactorio, abuso de sustancias, dolor en miembros inferiores por autolesión, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., el riesgo de conducta suicida es «susceptible a actos autolesivos asociados con la intención de morir».²² Para el doctor Sergio Pérez, conecedor del tema de la conducta suicida, «los que intentan el suicidio no desean morir, solo hacen el alarde. Criterio equivocado porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida».²⁵

En el análisis del segundo diagnóstico (00093), fatiga relacionada con ansiedad, estresores evidenciados por expresa frustración, expresa debilidad, por presencia de dificultad respiratoria, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., la fatiga es la «sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual».²² Asimismo, Galeno «describió por primera vez pacientes que presentaban alteraciones emocionales (miedo, tristeza, estrés) que se relacionaban con fatiga».²⁶

En el análisis del tercer diagnóstico (00151), automutilación relacionada con pérdida de control sobre la situación de resolución de problemas, sentimientos negativos evidenciados por laceración de la piel, cortes en el cuerpo, arañarse el cuerpo por dolor de heridas (zona de las muñecas por corte en venas), con valoración en la escala de Eva de 8/10, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., la automutilación es la «conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión».²² Para Herpetz, el comportamiento automutilador es «hacerse mal de forma deliberada, repetida, de manera directamente física, sin intención consciente de suicidarse y que no conduce a lesiones que podrían amenazar el pronóstico vital».²⁷

En el análisis del cuarto diagnóstico (00002), desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionada con síntomas depresivos, inadecuado interés en la comida evidenciado por peso corporal por debajo del rango de peso ideal para la edad y el sexo, palidez de membranas mucosas, pérdida de peso de 5 kilos por semana, piel pálida, las intervenciones se realizaron en un 100 %. Según NANDA Int., el desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades es la «ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas».²² Para la Facultad de Salud de la UTS (Universidad de la ciudad de SYDNEY), respecto al desequilibrio nutricional «sugiere que los médicos y psicólogos deberían considerar derivar a los jóvenes deprimidos a un nutricionista o dietista como un componente importante del tratamiento de la depresión clínica».²⁸

En el análisis del quinto diagnóstico (00095), insomnio relacionado con síntomas depresivos, siestas frecuentes durante el día, estresores evidenciados por expresa insatisfacción con la calidad de vida, expresa olvido por patrón de sueño alterado, falta de concentración y episodios de olvido, las intervenciones se realizaron en un 100 %, según NANDA Int., el insomnio es la «incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento».²² Para Neylan, «de todos los síntomas somáticos, uno de los que más afecta al enfermo es el insomnio, que se presenta en el 90 % de los enfermos con este padecimiento afectivo».²⁹

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería (PAE) está alineado con la taxonomía de diagnósticos enfermeros (NANDA), taxonomía de clasificación de resultados (NOC) y la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Se priorizaron los diagnósticos enfermeros y se establecieron objetivos basados en la puntuación de diana, los cuales fueron parcialmente alcanzados. Para el diagnóstico (00289), riesgo de conducta suicida, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: desinterés por la vida (+2), explosión de ira (+2) y dolor (+3). Para el segundo diagnóstico (00093), fatiga, tuvo como puntuación cambio con base en los indicadores: fatiga (+3), enfado (+2) y desesperación (+2). En el tercer diagnóstico enfermero (00151), automutilación, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: laceraciones (+2), abrasiones cutáneas (+2) y tumefacción (+3). En el cuarto diagnóstico enfermero (00002), desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, tuvo como puntuación de cambio con base en los indicadores: disminución del apetito (+1), estado de ánimo deprimido (+2) y pérdida de peso (0). En el quinto diagnóstico enfermero (00095), insomnio, tuvo como puntuación cambio con base en los indicadores: insomnio (+2), pérdida de interés por actividades (0) y estado de ánimo deprimido (+1).

Referencias

1. Osma J, García PA, Botella C. Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anal. Psicol.* [Internet], mayo de 2014, [citado el 16 de noviembre de 2022]; 30(2):381-394. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200001&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>.
2. Garibay SE, Reseña de "Mecanismos neurobiológicos del trastorno de ansiedad social". *Investigación en Salud* [Internet]. 2002; IV(3):0. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14240311>
3. Martins S, Vieira M, Varela A, Amaral P. Acupuntura en la ansiedad paroxística episódica: efectos en un estudio de caso. *Rev Int acupunt* [Internet]. 2020 [citado el 21 de septiembre de 2022]; 14(2):76-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-acupuntura-279-pdf-S1887836920300466>
4. The Health Site, Trastorno De Pánico - Ataques de Pánico Científico-Práctico *Medical Journal* - 2022 [Internet]. *Revista Médica*. [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://es.the-health-site.com/panic-disorder-panic-attacks-5244>
5. Téllez L JM, Morena R S, Boix GC, Villena FA, López-T H, Párraga MI, Revisión clínica del tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2007; 2(2):76-83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169618261007>
6. Garza A, Laguera G, Castro C. Autolesión no suicida. *Terapia Breve en un caso* [Internet]. *Psicologiacientifica.com*. 2016 [citado el 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/autolesion-no-suicida-terapia-breve-caso/>
7. Roca E. Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). *ACDE* [internet] 2015 [citado el 23 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Como%20superar%20el%20panico-Dale%20una%20mirada.pdf>
8. Sardinha A, Nardi AE, Zin WA. ¿Ataques de pánico são realmente inofensivos? O impacto cardiovascular do trastorno de pánico. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2009 [citado el 24 de septiembre de 2022]; 31(1):57-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19506778/>
9. Ledesma S CH. Documento Probatorio (Dimensión Escrita) del examen complejo de grado previo a la obtención del título de psicólogo clínico problema [Internet]. *Edu.ec*. [citado el 24 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6255/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000127.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Arango D CA, Rincón H HG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2018; 47(1):46-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n1/0034-7450-rcp-47-01-00046.pdf>
11. Díaz H Y, Bárbara M, Rio D, Ii Y, Abreu M. Trastorno depresivo recurrente en un paciente con vitiligo Minor depressive disorder in a patient with vitiligo [Internet]. *Medigraphic.com*. [citado el 24 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2019/mdc191h.pdf>
12. Huamán T MK, Arévalo M RA, Enfermería (Lima RC, Línea) E. vista de proceso del cuidado enfermero aplicado a paciente con ansiedad y depresión, en tiempos de pandemia lima 2021 [Internet]. *Org.pe*. [citado el 24 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/11/10>
13. Escribano A, Escribano SA. Tratamiento del pánico mediante exposición interoceptiva y ejercicio físico: a propósito de un caso [Internet]. *Casosclnicosensaludmental.es*. [citado el 24 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://casosclnicosensaludmental.es/files/Trastorno-de-Panico.pdf>
14. García P A, Botella C. Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. *Anal. Psicol.* [Internet], mayo de 2014, [citado el 24 de septiembre de 2022]; 30(2):381-394. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200001&lng=es. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741>
15. Lugo M.D. FH. La ansiedad y el trastorno de pánico. *Galenus Revista para médicos de Puerto Rico* [Internet]. 2022 [citado el 27 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.galenusrevista.com/?La-ansiedad-y-el-trastorno-de>
16. Gómez A. A-E. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farm prof* [Internet]. 2012 [citado el 24 de septiembre de 2022]; 26(6):32-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-trastornos-ansiedad-agorafobia-crisis-panico-X0213932412678054>
17. Luna M, Hamana ZL, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y Depresión. *AVFT* [Internet]. 2001 Abr [citado el 25 de septiembre de 2022]; 20(2):111-122. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-02642001000200002&lng=es
18. Bulla R, Figueroa B, Salgado J. “Diseño de una aplicación móvil para la prevención de los ataques de pánico en la adultez temprana” Universidad católica de Colombia, Año 2018 Colombia {internet}. Universidad Católica de Colombia. [citado el 25 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/15917/2/RAE%20DISE%20C3%91%20DE%20UNA%20APLICACI%20C3%93N%20M%20C3%93VIL%20PARA%20LA%20PREVENC%20C3%93N%20DE%20LOS%20ATAQUES%20DE%20P%20C3%81NICO%20EN%20LA%20ADULTEZ%20TEM2.pdf>
19. Cascardo E, Resnik P. Trastorno de ansiedad generalizada. *Polemos*; 2005. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=88205>
20. Namó C, Yhisella P. Factores sociodemográficos y antecedentes familiares de trastorno mental en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad del Instituto Nacional de Salud Mental, Lima-Perú. Universidad Privada Antenor Orrego; 2021. Disponible en: <http://200.62.226.186/handle/20.500.12759/8414>
21. Torres A GB, Achicanoy T, González Fraile E. *Unir.net*. [citado el 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7415/GABRIELA%20BEATRIZ%20TORRES%20ACHICANOY.pdf?sequence=1>
22. Studocu.com. [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-metropolitana/anatomia/valoracion-de-enfermeria-con-base-en-los-11-patrones-funcionales-de/14491827>
23. Clasificación completa de resultados de enfermería NOC 2018 (6.a edición) [Internet]. El blog de

- Salusplay. 2018 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-completa-resultados-enfermeria-noc-2018/>
24. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC 2018, novedades [Internet]. El blog de Salusplay. 2018 [citado el 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/blog/novedades-7edicion-clasificacion-intervenciones-enfermeria-nic-2018/>
25. Alfaro AC, Hernández MR, Medina RS, Uría RMA. Conducta suicida, adolescencia y riesgo. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [Internet]. 2021 [citado el 16 de noviembre de 2022]; 11(2):939. Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/939/1164>
26. Pedraz-P. B. Fatiga: historia, neuroanatomía y características psicopatológicas. Una revisión de la Literatura. Rev. Neuropsiquiatra [Internet]. 2018; 81(3):174. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n3/a05v81n3.pdf>
27. Maurente L, García L, Garcia I, Grunbaum S, Pérez W. Las automutilaciones en la adolescencia, cómo reconocerlas y tratarlas. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 15]; 89(1):36-9. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492018000100036
28. 20 minutos. Cómo influye la dieta en la depresión: así es la relación entre la comida y el estado de ánimo [Internet]. 20 minutos. 2022 [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.20minutos.es/salud/nutricion/como-influye-comida-depresion-estado-animo-5001119/>
29. Calderón NG. Insomnio en el Paciente Deprimido [Internet]. Edu.pe. [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v60_n3/insomio%20.htm

Referencias

a2021200835@uwiener.edu.pe

Fecha de recepción: 16/1/2023

Fecha de aceptación: 7/2/2023