

Atención a una cuidadora mediante procesos asistenciales integrados **Care for a caregiver through integrated healthcare processes**

Autores:

Álvaro Miguel Fernández García¹

María-Jesús Samaniego-Ruiz²

Jacobo Cambil Martín³

¹Universidad de Granada. Granada, España.

²Zona Básica de Salud de Benamaurel. Granada, España.

³Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada, España.

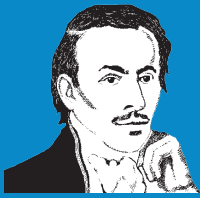
Autor de correspondencia: Jacobo Cambil Martín. Departamento de Enfermería, Despacho 9.15. Facultad de Ciencias de la Salud, Avenida de la Ilustración 60, Universidad de Granada, 18016 Granada, España. Teléfono: 0034 958248761. Email: jcambil@ugr.es.

RESUMEN

La población está envejeciendo en los últimos años, y con ello el número de personas dependientes, siendo impensable hablar de dependencia sin hablar del cuidador informal. Por lo que, lo/as cuidadores/as han sido incluido/as en los procesos asistenciales integrados para poder conseguir continuidad en los cuidados. De este modo, se presenta el caso clínico de una mujer de 47 años, cuidadora de su suegra, que tras acudir a la consulta de enfermería y realizarle una valoración integral, fue diagnosticada de: Cansancio del rol del cuidador y estrés por sobrecarga. Se llevaron a cabo distintas intervenciones que consistían en dar apoyo emocional, educación sanitaria y facilitar recursos. Como consecuencia, los resultados fueron satisfactorios, concluyendo que la detección del cansancio del rol de cuidador es crucial por la repercusión que tiene sobre la persona dependiente y el propio cuidador.

Palabras clave: cuidadores, planificación de atención al paciente, enfermedad de alzheimer, enfermería en salud comunitaria.

Palabras clave: cuidadores, planificación de atención al paciente, enfermedad de alzheimer, enfermería en salud comunitaria.



ABSTRACT

The population is aging in recent years, and with this the number of dependents is too. It is unthinkable to talk about dependence without talking about the informal caregiver. Therefore, the caregivers have been included in the integrated healthcare processes in order to achieve continuity in care. So, the clinical case of a 47-year-old woman who takes care of her mother-in-law is presented. She was diagnosed with tiredness of the caregiver's role and stress due to overload after attending the nursing consultation and carrying out a comprehensive assessment. Different interventions of giving emotional support, health education and facilitating resources were performed. The results were satisfactory, concluding that the detection of tiredness of the role of caregiver is crucial because of the impact it has on the dependent person and the caregiver.

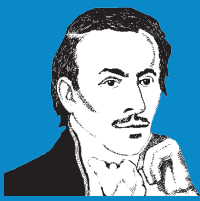
Keywords: caregivers, patient care planning, alzheimer disease, community health nursing.

INTRODUCCIÓN

El incremento de la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad están originando un crecimiento acelerado de personas mayores, que tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población.⁽¹⁾ Así, los datos actuales en España muestran que la población mayor de 65 años se sitúa alrededor del 18.7% de la población total. En adicción, según las proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística de España, en el año 2031 las personas mayores de 65 años alcanzarán el 25.6% de la población; el 34.6% para el año 2066.⁽²⁾ Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida, conlleva un aumento del riesgo de que las personas se hagan dependientes.⁽¹⁾

Según la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de España, se entiende por ese concepto "... Al estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".⁽³⁾

De este modo, aparece la figura del cuidador. Ya que, los cuidadores informales son aquellas personas que ayudan al dependiente en su cuidado personal y en las actividades cotidianas. Por lo que, emplean gran parte de su tiempo en la realización de estas labores, en perjuicio de sus actividades profesionales, tiempo de ocio y estado de salud, padeciendo estrés crónico y más problemas psicológicos y físicos que el resto de la población.⁽⁴⁾



Diferentes estudios apuntan a que un número importante de cuidadores (entre el 30-75%) refieren que su salud física se ha deteriorado desde que prestan cuidados.⁽⁵⁾ Aumentando estas manifestaciones, cuanto mayor es el grado de dependencia física y deterioro mental del paciente, y cuanto mayor es el tiempo que el cuidador lleva ejerciendo este rol.⁽⁶⁾

Lo antes dicho expresa a necesidad implementar actuaciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras. En tal sentido, la Ley 39/2006 dirige una cláusula a apoyar a los cuidadores familiares con una prestación económica siempre que se cumplan una serie de requisitos.⁽³⁾

También, en el I Plan de Calidad de la Consejería de Salud de Andalucía en el año 2000, se establece en su primera línea estratégica el trabajo por Procesos Asistenciales Integrados (PAI) como parte central de una estrategia para garantizar la calidad de las prestaciones en el sistema sanitario público. Así, la gestión integral de procesos se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario, tanto por atención primaria como especializada.⁽⁷⁾

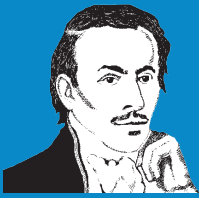
Todos los PAI tienen la misma estructura y entre sus apartados encontramos el de “Destinatarios” donde se hace mención a los cuidadores. El caso que ocupa el estudio que se presenta, se apoya en el PAI de Demencias.⁽⁸⁾ Así, según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estimó un coste total a nivel mundial para el Alzheimer y otras demencias de 604.000 millones de dólares (464.615 millones de euros), reportando como una de las principales líneas de acción el apoyo a los cuidadores.⁽⁹⁾

Por tanto, los objetivos que se plantearon en este caso fueron caracterizar un plan de cuidados a una cuidadora, de un centro de salud de Granada, España, mediante el proceso asistencial integrado de demencias; e identificar el nivel de sobrecarga de la cuidadora y los factores relacionados con el diagnóstico “cansancio del rol de cuidador”.

DESARROLLO

Señora de 47 años, sin antecedentes personales de enfermedades. Cuidadora informal de su suegra de 85 años, con Alzheimer y una dependencia del 95%. Por lo que, requería cuidados tanto básicos como instrumentales de la vida diaria. Además, tenía que cuidar a su madre, quien tenía un 80% de minusvalía. Aunque, en menor medida, puesto que contaba con el apoyo de su padre. Y además, se encargaba de las tareas de su hogar y la educación de sus 3 hijos menores. Su marido y sus hijos apenas colaboraban en las tareas domésticas. Por lo tanto, no tenía tiempo para dedicarse a ella.

Acudió a su Centro de Salud de Granada para demandar una tarjeta “+ Cuidado” (tarjeta que identifica a las personas cuidadoras habituales de pacientes con Alzheimer y otras demencias).⁽¹⁰⁾



A raíz de su visita se incorporó a los talleres formativos para cuidadores en esa institución sanitaria, donde se le realizó una valoración integral según el modelo conceptual enfermero de Virginia Henderson.⁽¹¹⁾ A continuación se presentan las necesidades alteradas:

1. Disnea durante el día que se acentuaba en momentos de nerviosismo. Taquicardias y sensación de falta de aire. Tos mantenida durante todo el año. Desconocimiento sobre técnicas para mejorar el patrón respiratorio. No fumadora. Suspiros constantes. Aumento del apetito y ausencia sensación de plenitud “nunca estoy saciada, cuanto más como más quiero”.

3. Estreñimiento.

4. No realizaba actividad física. Había notado pérdida progresiva de fuerza en los brazos desde hacía unos meses. Dolor articular en las rodillas, muscular en el cuello y difuso en zonas periorbitales que no cesaban con tratamiento, “estoy aprendiendo a convivir con estos dolores”. Temblor en las manos que aparecían hasta en reposo.

5. Sueño no reparador “me acuesto y no paro de pensar en lo que tengo que hacer al día siguiente” y discontinuo “una vez que me despierto ya empieza el nuevo día para mí aunque solo haya dormido 2 horas”. Dedicaba máximo de 5 horas diarias para dormir. Roncadura habitual desde hace poco tiempo. Se levantaba cansada. Pesadillas frecuentes.

10. No mantenía relaciones sexuales porque refería no poder tirar de su cuerpo cuando se acostaba.

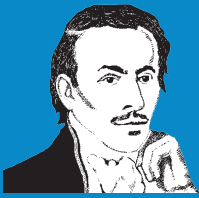
11. Insatisfacción con su imagen corporal porque había engordado ese último mes. Labilidad emocional.

14. Nivel de estudios hasta Educación Secundaria Obligatoria, e interés por tener más información acerca de su estado de salud porque consideraba saber poco.

Además, se realizaron las siguientes escalas acordes a la valoración y su historia clínica.⁽¹²⁾

- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea: Buena adherencia.⁽¹³⁾
- Escala de Golberg: Ansiedad y depresión.
- Escala de ansiedad de Hamilton: Sustancial ansiedad psíquica / Moderada ansiedad somática.
- Cuestionario Duke-UNC: Apoyo social percibido bajo.
- Cuestionario de Zarit: Sobrecarga intensa.

Basándonos en los datos obtenidos en la valoración, se consideraron los siguientes diagnósticos según la taxonomía NANDA:⁽¹⁴⁾ cansancio del rol de cuidador, estrés por sobrecarga, estreñimiento, afrontamiento ineficaz y conocimientos deficientes. Además de los problemas de colaboración: comportamientos de ansiedad secundarios y problemas para conciliar y mantener el sueño.



Por su importancia, se consideraron como diagnósticos principales: cansancio del rol de cuidador y estrés por sobrecarga. Ya que, con las intervenciones planeadas para estos dos diagnósticos se verían favorecidos o incluso resueltos el resto de diagnósticos. Para ello, se consideraron los objetivos e intervenciones, según las taxonomías de la Nursing Outcomes Classification (NOC)⁽¹⁵⁾ y Nursing Interventions Classification (NIC);⁽¹⁶⁾ valorando los resultados obtenidos a través de una escala de likert, con valores desde 1 (peores) hasta 5 (mejores). Finalmente, se caracteriza cada fase en el plan de cuidados de los dos diagnósticos principales (tablas 1 y 2).

DISCUSIÓN

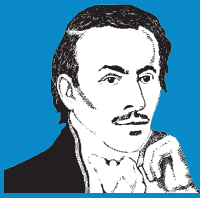
Cuidar a un paciente con demencia implica adquirir un nuevo rol y adaptarse a éste. De modo que, los cuidadores informales suelen ser familiares, que dan su apoyo de manera voluntaria y no regulada, por lo que no reciben compensación económica;⁽¹⁷⁾ al igual que en nuestro caso. Así mismo, la tarea de cuidar no se reparte de forma equitativa entre todos los miembros de la familia, sino que suele recaer en la figura del cuidador principal. Generalmente, en una mujer, con una media de edad superior a los 50 años, con estudios primarios o inferiores,⁽⁵⁾ similar a este caso.

Varios estudios reflejan la afectación tanto física, psicológica, emocional, social o incluso laboral que conlleva para el cuidador; apareciendo problemas de salud y/o problemas sociales si no hay una red de apoyo adecuada, que les convierten en pacientes potenciales.

El informe del I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia reportó que el 37,9% de las cuidadora/es decían encontrarse cansada/os, el 25,7% sentían que se había deteriorado su salud, el 21,8% se sentía deprimido/a y el 11,4% se había puesto en tratamiento para sobrellevar la situación.⁽¹⁸⁾

Defrauda pensar que un gran porcentaje de estos cuidadores que sufren sobrecarga se podría haber evitado con una prevención primaria adecuada. Por lo que, es necesario una identificación por parte del personal de enfermería del diagnóstico “Cansancio del Rol del Cuidador”, para establecer un plan de cuidados adecuado.

En el plan de cuidados: la ayuda, el reparto de responsabilidades, el apoyo emocional y el reconocimiento que reciben de los familiares, son esenciales para que el cuidador principal evite sentimientos de agobio, estrés y frustración. Además de conocer la enfermedad o impedimento de la persona dependiente, su posible evolución y complicaciones. Por lo que, la instrucción de los cuidadores fundamental para ampliar sus capacidades, habilidades y recursos para cuidar y para cuidarse.⁽¹⁹⁾



Sin embargo, una de las limitaciones presentes es la falta de detección de los cuidadores debido a que éstos mismos no acuden al centro sanitario pertinente. Sino que, suelen identificarse en atención hospitalaria cuando el paciente cuidado es ingresado. De ahí la importancia de la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. Encontrando una falta de coordinación entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria junto con la mala planificación de los cuidados.⁽²⁰⁾

Igualmente, este problema no sólo depende de los profesionales sino también de los recursos disponibles. Los PAI constan de una amplia gama de recursos para los cuidadores, aunque, la realidad es que los cuidadores apenas conocen la existencia de estos recursos,⁽²¹⁾ lo que explica que el traslado de este recurso a la práctica clínica suele ser escaso, poco homogéneo y disperso.

Por otra parte, el fomento de la tecnología podría suponer un avance en la prestación de los cuidados, mejorando la coordinación entre niveles y la incorporación de otros recursos como blog o páginas web dirigidas a escuela de pacientes, y talleres formativos en atención hospitalaria.⁽²²⁾

El posicionamiento anterior explica que aún se necesita una mejora en la adaptación de la tecnología al cuidado, un aumento de la prevención primaria para los cuidadores y una mejor coordinación entre los distintos ámbitos de la sanidad, para lo cual se deberá tener presente que cuidando al cuidador también se está cuidando al paciente.

CONCLUSIÓN

La detección del cansancio del rol de cuidador es crucial por la repercusión que tiene sobre la calidad de los cuidados que recibe la persona dependiente, la estabilidad familiar y la propia salud del cuidador. Teniendo en cuenta que, para mejorar la atención de los cuidadores y disminuir la sobrecarga a la que están sometidos hay que establecer un programa individual de atención integral que combine el apoyo educativo, emocional, la facilitación de recursos y el acompañamiento a lo largo del proceso.

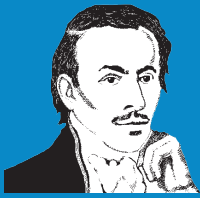
Conflicto de intereses: los autores declaran que no existen.

Declaración de contribución:

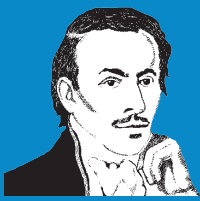
Álvaro Miguel Fernández García trabajó durante todo el proceso investigativo y redactó el informe final. María Jesús Samaniego participó en la redacción de este artículo. Jacobo Cambil asesoró la investigación y la redacción del artículo científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández JL, Parapar C, Ruíz M. El envejecimiento de la población. LYCHNOS. 2010; 2: 6-11.
2. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2016-2066. Madrid: INE; 2016.
3. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).



4. Crespo López M, López Martínez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar. Madrid: Pirámide; 2007.
5. Úbeda Bonet I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.
6. Esparza Catalán C. Discapacidad y dependencia en España. Madrid: Informes Portal Mayores; 2011.
7. Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social. Guía de diseño y mejora continua de Procesos asistenciales integrados. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.
8. Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social. Proceso Asistencial Integrado: Demencia. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.
9. World Health Organization. Dementia a public health priority. Ginebra: WHO; 2012.
10. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Tarjeta + Cuidado. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.
11. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería; 1961.
12. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Sevilla: Junta de Andalucía; 2009.
13. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004; 7(7): 931-5. DOI: <https://doi.org/10.1079/PHN2004556>.
14. NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017. 10ª ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
16. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
17. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Informe 2014: Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO; 2015.
18. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020). Sevilla: Secretaria General de Servicios Sociales; 2016.
19. Sánchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1171-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>.
20. Corrales D, Alonso A, Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(S): 63-68.
21. Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(4): 672-678. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500019>.
22. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Escuela de Pacientes. Sevilla: Junta de Andalucía; 2010.



ANEXOS

Anexo 1. Tablas

TABLA 1. Plan de cuidados: Cansancio del rol de cuidador					
Fases	Plan de cuidados				
Diagnostica	(00061): Cansancio del rol de cuidador relacionado con (r/c) brindar cuidados a un paciente durante meses, responsabilidad de los cuidadores la mayor parte del día, actividades recreativas insuficientes, cronicidad de la enfermedad de la persona cuidada manifestado por (m/p) cambio disfuncional en las actividades del cuidador, labilidad emocional creciente y expresión de cansancio de la cuidadora.				
Planificación	NOC	Indicador	Puntuación basal	Puntuación diana	
		(2508): Bienestar del cuidador principal			
		(250802): Satisfacción con la salud emocional	1	4	
		(250803): Satisfacción con el estilo de vida.	1	4	
		(250807): Satisfacción con el apoyo profesional	2	4	
		(250809): Satisfacción con el rol de cuidador familiar	3	5	
		(2203): Alteración del estilo de vida del cuidador principal			
		(220307): Apoyo social	2	5	
		(220308): Actividades de ocio*	1	5	
		(220315): Trastorno de la rutina.	1	5	
		(220317): Trastorno de la dinámica familiar.	3	5	
		NIC	(7040): Apoyo al cuidador principal		
			Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.		
		Ejecución	(5440): Aumentar los sistemas de apoyo		
			Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. Estimular la implicación familiar, según corresponda. Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.		
Ejecución	(7040): Apoyo al cuidador principal				
	Empezamos valorando los conocimientos que tenía sobre prestar cuidados. Se analizó el modo en el que estaba ofreciendo los cuidados y se potenciaron aquellos cuidados que realiza de forma correcta. Además, se le dio la oportunidad de que contactara telefónicamente para cualquier duda. Así como, información de la importancia que tiene el cuidar primero de sí mismo antes que cuidar a otras personas. Fomentando la realización de ejercicio y el disfrute de tiempo libre.				
Ejecución	(5440): Aumentar los sistemas de apoyo				
	Primero analizamos su situación conjuntamente y partimos de los sistemas de apoyo con los que contaba. Luego se explicaron los recursos de los que podía beneficiarse (contemplados en el P.A.I.) y se hizo hincapié en la importancia como cuidadora de los grupos de apoyo con otras personas que estaban en su misma situación. Además, nos centramos en la ayuda recibida por la familia y se prestaron estrategias de actuación para los otros miembros de la familia. Por último, se le dio la oportunidad de hablar directamente con su familia y tratar los temas conjuntamente.				
Evaluación	NOC	Se realizó a las 2 semanas de haber realizado la valoración:			
		Indicador	Puntuación tras intervención		
		(2508): Bienestar del cuidador principal			
		(250802): Satisfacción con la salud emocional	4		
		(250803): Satisfacción con el estilo de vida.	3		
		(250807): Satisfacción con el apoyo profesional	4		
		(250809): Satisfacción con el rol de cuidador familiar	4		
		(2203): Alteración del estilo de vida del cuidador principal			
		(220307): Apoyo social	3		
		(220308): Actividades de ocio	4		
		(220315): Trastorno de la rutina	2		
		(220317): Trastorno de la dinámica familiar.	4		

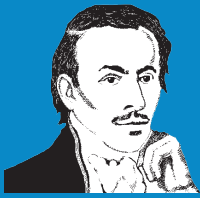


TABLA 2. Plan de cuidados: Estrés por sobrecarga			
Fases	Plan de cuidados		
Diagnóstica	(00177): Estrés por sobrecarga r/c coexistencia de múltiples agentes estresantes (responsable de dos pacientes dependientes, hijos menores de edad, tareas del hogar) m/p sufrimiento psicológico, alteración del patrón del sueño y sensación de estar enfermo.		
Planificación	NOC	Indicador	Puntuación basal / Puntuación diana
		(1862): Conocimiento: manejo del estrés (186201): Factores que causan estrés. 2 / 5 (186202): Factores que aumentan el estrés. 2 / 5 (186219): Beneficios del ejercicio regular. 1 / 5 (1212): Nivel de estrés (121214): Trastornos del sueño. 1 / 3 (121218): Incapacidad para concentrarse en las tareas. 2 / 4 (121222): Ansiedad 2 / 3 (1302): Afrontamiento de problemas (130204): Refiere disminución de estrés. 1 / 3 (130213): Evita situaciones excesivamente estresantes. 2 / 4 (130216): Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés. 1 / 3	
	NIC	(5230): Mejorar el afrontamiento Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. (6040): Terapia de relajación Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles. Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. Ofrecer una descripción detallada de las intervenciones de relajación elegidas. Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. (5820): Disminución de la ansiedad Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. Escuchar con atención. (5270): Apoyo emocional Comentar la experiencia emocional con el paciente. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.	
Ejecución	(5230): Mejorar el afrontamiento Proporcionamos ayuda y potenciamos sus puntos fuertes para darle ánimos. Además consensuamos con ella un plan de actuación a corto plazo con objetivos que debía ir cumpliendo poco a poco. Enseñamos estrategias para afrontar con calma y con organización los problemas que tenía. (6040): Terapia de relajación Se dio información detallada de las distintas técnicas de relajación. Se acordaron aquellas que más le gustaban y que eran más cómodas. Se hicieron demostraciones para su correcta realización a posteriori. (5820): Disminución de la ansiedad Atajamos aquellos problemas que le mantenían preocupada. Se le explicaron los síntomas que padecía y sus causas. Haciendo hincapié en la realización de los ejercicios de relajación y las actividades de ocio. (5270): Apoyo emocional Se proporcionó apoyo de forma que ella sabía que contaba con el profesional de enfermería y con todo un equipo multidisciplinar dispuesto a ayudarlo en lo que necesite. Hablando durante largos periodos de tiempo en el que realizamos escucha activa y contacto para que se pudiera expresar con libertad. Además, se le ayudó y aconsejó en la toma de decisiones a través de la empatía y la asertividad.		
Evaluación	Se realizó a las 2 semanas de haber realizado la valoración:		
	NOC	Indicador	Puntuación tras intervención
		(1862): Conocimiento: Manejo del estrés (186201): Factores que causan estrés. 5 (186202): Factores que aumentan el estrés. 5 (186219): Beneficios del ejercicio regular. 5 (1212): Nivel de estrés (121214): Trastornos del sueño. 2 (121218): Incapacidad para concentrarse en las tareas. 3 (121222): Ansiedad 3 (1302): Afrontamiento de problemas (130204): Refiere disminución de estrés. 3 (130213): Evita situaciones excesivamente estresantes. 4 (130216): Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés. 3	

Recibido: 11 de enero de 2017
Aprobado: 17 de marzo de 2017