

# AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PACIENTES DE SALUD MENTAL

Samia Bellahmar Lkadiri\*, Alba Rocío Siverio Díaz\*,  
Pilar Pérez Hernández\*\*, Pedro Ruymán Brito Brito\*\*\*,  
Silvia Pérez Merlos<sup>◊</sup>

## RESUMEN

El abordaje de las enfermedades crónicas, especialmente aquellas que implican cambios en los hábitos de vida (como sucede por ejemplo en la diabetes mellitus o en la hipertensión arterial), es una tarea complicada y adquiere mayor dificultad cuando hablamos de estos cambios en pacientes con patología mental grave. A propósito de un caso clínico en el que se pretenden trabajar hábitos de vida saludables e impartir educación diabetológica, se presentan diferentes enfoques teóricos para la resolución del mismo, empezando por la Teoría de Rango Medio para el Autocuidado de Enfermedades Crónicas y prosiguiendo con un breve resumen y análisis de las teorías y modelos con mayor aplicabilidad en la enfermería psiquiátrica.

**PALABRAS CLAVE:** teoría de rango medio, autocuidado, enfermedades crónicas, diabetes mellitus, salud mental.

## SELF-CARE OF CHRONIC DISEASES IN MENTAL HEALTH PATIENTS

## ABSTRACT

The approach to chronic diseases, especially those that imply changes in life habits (as happens, for example, in Diabetes Mellitus or Arterial Hypertension) is a complicated task and becomes more difficult when we talk about these changes in patients with mental disorders. With regard to a clinical case in which healthy lifestyle habits are worked on by providing diabetes education, different theoretical approaches are presented to resolve the case starting with the middle-range theory of Self-Care of Chronic Illness and continuing with a brief summary and analysis of the theories and models with greater applicability in psychiatric nursing.

**KEYWORDS:** Middle-range theory, Self-Care, Chronic Illness, Diabetes Mellitus, Mental Health.

## INTRODUCCIÓN

Las personas con trastorno mental grave presentan alteraciones psiquiátricas de duración prolongada que implican un grado variable de discapacidad y disfunción social. Entre estas enfermedades podemos destacar la esquizofrenia, el trastorno bipolar o la depresión, por ejemplo (1).

Diferentes estudios de prevalencia han revelado que la salud física de las personas con patología mental grave es peor en comparación con el resto de la población, teniendo una menor esperanza de vida y una mayor mortalidad cardiovascular (2, 3).

Este incremento en el riesgo cardiovascular está relacionado directamente con el mayor riesgo que tienen estas personas de presentar factores de riesgo coronario modificables, como la obesidad, el tabaquismo, la diabetes mellitus, dislipemia o la hipertensión arterial. Además, existe evidencia de que estos factores de riesgo coronarios y los trastornos mentales graves, a su vez, tienen relación con niveles socioeconómicos o educativos bajos o en el contexto de aislamiento social (2, 3).

Por otro lado, la medicación antipsicótica y antidepressiva puede conllevar como efecto adverso un incremento del peso corporal, así como un mayor riesgo de efectos metabólicos que podrían aumentar la incidencia de enfermedades cardiovasculares (2).

Cabe señalar que el acceso a la atención sanitaria es más limitado en estos pacientes, que precisamente necesitan una atención más personalizada y adecuada a sus necesidades y que, además, presentan una adherencia terapéutica más difícil de conseguir (4).

### CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO. EL EQUIPO COMUNITARIO ASERTIVO

Este caso clínico se llevó a cabo durante la rotación en un servicio muy especial en relación con el cambio de paradigma que ha sido llevado a cabo en las últimas décadas con respecto al tratamiento de las personas con trastorno mental grave.

El servicio ÉCA (5, 6), Equipo Comunitario Asertivo por sus siglas, nació en septiembre de 2005 para trabajar en la recuperación de estas personas desde un Modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Este Modelo fue creado por Arnold Marx, Leonard Stein, y Mary Ann Test a principios de los años 60, se consolidó en

---

\* Enfermeras residentes de enfermería familiar y comunitaria en la unidad docente de Tenerife Norte-La Laguna.

\*\* Enfermera de atención primaria y colaboradora docente UDMFyC de Tenerife Norte-La Laguna.

\*\*\* Colaborador docente UDMFyC de Tenerife Norte-La Laguna.

◊ Enfermera de ÉCA y colaboradora docente UDMFyC de Tenerife Norte-La Laguna.

la década siguiente, en el Hospital del Estado en el Condado de Dane (Madison, Wisconsin), y posteriormente se extendió al resto del mundo.

Este modelo se caracteriza por trabajar de una forma multidisciplinar con el paciente, prestando servicios individualizados y holísticos en su ambiente natural y proporcionando un apoyo de forma ilimitada en el tiempo, con una cobertura permanente de las necesidades sociales y sanitarias de las personas atendidas.

Este servicio se conformó mediante la colaboración entre el Servicio Canario de Salud (SCS) y el Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS). El IASS realiza la concreción de los convenios de colaboración específicos con las entidades que gestionan el día a día del recurso y financia a las entidades por plaza ocupada en sus recursos asistenciales. Las entidades escogidas no solo deben proporcionar pensión completa de los residentes, sino que además deben contratar educadores y animadores socioculturales.

Por su parte el SCS aporta a los profesionales que conforman el ECA. Este último está conformado por enfermeras, psiquiatras y trabajadoras sociales distribuidos en tres equipos sanitarios que abarcan diferentes áreas en la isla de Tenerife. Estos equipos trabajan de forma inter- y multidisciplinar, colaborando con centros de rehabilitación psicosocial, centros ocupacionales, asociaciones, unidades de salud mental (USM), atención primaria (AP), etc., tejiendo una red de redes. Su labor fundamental es con los pacientes, ya que supervisan y actúan en minirresidencias y pisos supervisados y ofrecen también atención a domicilio. Todos los recursos son de régimen abierto; los residentes deben cumplir las normas del mismo, así como sus respectivos horarios, pero no son internados en ningún momento y se favorece mucho la autonomía y la inserción en la vida cotidiana.

En cuanto a los criterios de inclusión para acceder al programa cabe señalar una serie de requisitos; los participantes deben tener una edad entre 18-55 años, debe constar el diagnóstico de psicosis, no presentar consumo activo de tóxicos, no precisar cuidados de alto requerimiento y, por supuesto, la voluntariedad de querer acceder al recurso.

## EPICRISIS

Paciente varón (A.P.) de 58 años, natural de Icod de los Vinos (Tenerife) en seguimiento por ECA y que precisa consejo nutricional y abordaje de hábitos de vida saludables.

AP: NAMC, DM tipo II, hipertensión arterial, esquizofrenia paranoide. Calendario vacunal completo. En seguimiento por AP, ECA y USM. Última atención en urgencias en agosto de 2022 por estreñimiento agudo.

Paciente consciente y orientado en las 3 esferas, que percibe su salud como buena gracias a los «cambios» que ha hecho en su menú. Niega hábitos tóxicos (no consumo de tabaco, alcohol, ni de resto de drogas). Presentó episodio de estreñimiento agudo el 22 de agosto de 2022 precisando acudir al Servicio de Urgencias y como en las recomendaciones al alta se indicaba aumentar ingesta de fibra, el paciente decidió comer solo zumo de naranja y cereales. No refiere dificultades urinarias.



Independiente para las ABVD y las AIVD, realiza actividad física ligera. No comenta dificultad para conciliar el sueño. Refiere sentirse a gusto consigo mismo en la actualidad, acepta su condición mental y comenta haber hecho un gran esfuerzo hasta la actualidad. Reside en un piso tutelado por el ECA y guarda buena relación con sus compañeros. Ha recuperado la relación con su hermana. Mantiene una relación sentimental desde hace 3 meses, manifestándose muy contento con ella. Percibe pensión por discapacidad (68%), siendo el 75% de la misma destinada al pago del recurso alojativo del piso tutelado. No refiere cambios importantes ni situaciones estresantes en la actualidad. Se considera creyente y verbaliza una relación con Dios muy cercana.

## TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA EL AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para el abordaje del caso se utilizó inicialmente el modelo de la TRM del Autocuidado en Enfermedades Crónicas (7). Esta teoría fue descrita por tres autoras: Barbara Riegel, profesora en la escuela de enfermería de la Universidad de Pennsylvania (EE. UU.) especializada en el abordaje conductual hacia la salud; Tiny Jarasma, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Linköping (Suecia) especializada en salud cardiovascular; y Anna Stromberg, profesora también de la Universidad de Linköping (Suecia) y miembro de la Sociedad Europea de Cardiología, especializada en el autocuidado de enfermedades crónicas.

Esta teoría adapta el término *autocuidado* orientándose de forma más específica hacia el abordaje de las enfermedades crónicas. Dorothea Orem define los autocuidados como «Actividades que los individuos inician y realizan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar»; sin embargo, la TRM es más específica definiendo dicho término como «Proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas de promoción de la salud y manejo de la enfermedad». La Teoría de Orem aborda el proceso de autocuidado e incluye aspectos del cuidado de personas dependientes y la labor de las enfermeras; sin embargo, esta teoría se centra más en el individuo y en las actividades específicas que este debe llevar a cabo para mantener su salud (7, 8).

Se describen tres puntos clave:

- *Mantenimiento del autocuidado*: se define como las conductas realizadas por los pacientes con una enfermedad crónica para mejorar el bienestar, preservar la salud o mantener la estabilidad física y emocional. Su componente esencial es la adherencia.
- *Seguimiento del autocuidado*: hace referencia al comportamiento humano que implica el proceso de vigilancia rutinaria corporal o «escucha del cuerpo». Es el vínculo entre el mantenimiento del autocuidado y la gestión del autocuidado. Para que el monitoreo sea efectivo tiene que cumplir tres premisas: debe haber cambios clínicamente significativos, existir un método de

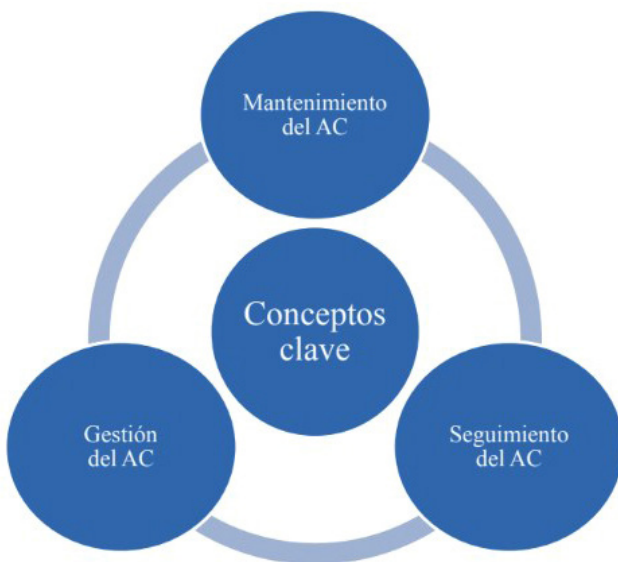


Figura 1. Conceptos clave de la TRM para el autocuidado de enfermedades crónicas.  
Fuente: elaboración propia.

detección fiable de los mismos y debe ser posible en respuesta una acción razonable.

- *Gestión o manejo del autocuidado*: implica una evaluación de los cambios en signos y síntomas físicos y emocionales para determinar si es necesario actuar y, si se necesita una respuesta, implementar el tratamiento y evaluarlo.

La TRM explica también procesos adyacentes al autocuidado. En primer lugar, habla sobre la toma de decisiones, explica que la toma de decisiones en situaciones complejas se aleja de forma considerable de la teoría clásica de toma de decisiones. En esta se realiza un balance decisorio mediante métodos analíticos y sistemáticos y se sopesa la evidencia antes de seleccionar un curso de acción. Sin embargo, la realidad es que la toma de decisiones en situaciones complejas responde a una teoría naturalista donde los seres humanos tomamos estas decisiones de forma automática, impulsiva y contextual.

De la misma manera, también analiza el término *reflexión* o *contemplación* como principio ligado a la adquisición de conocimientos esenciales para el autocuidado y diferencia a los pacientes crónicos en cuatro grupos según su reflexión y autocuidado:

- Los pacientes con bajo conocimiento o pobre comprensión se dividen a su vez en dos grupos:



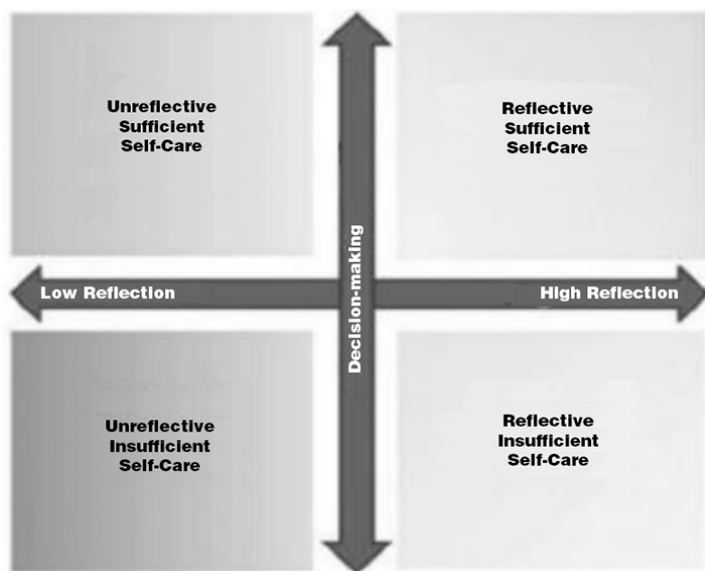


Figura 2. Tipos de pacientes crónicos según el grado de reflexión.  
Fuente: Teoría de Rango Medio para el Autocuidado en Enfermedades Crónicas (7).

- Pacientes con poco autocuidado y de cualquier calidad.
- Pacientes que se proporcionan un autocuidado irreflexivo y desatento.
- Los pacientes con alta reflexión se pueden dividir en dos grupos:
  - Pacientes que activamente eligen no involucrarse en su autocuidado.
  - Pacientes que se proporcionan un autocuidado intencional, reflexivo, suficiente y razonado.

Además de la toma de decisiones y la reflexión, existen una serie de factores que afectan al autocuidado según la TRM, estos quedan descritos en la figura 3.

La TRM expone tres suposiciones:

- El autocuidado general es diferente al autocuidado específico que se debe llevar a cabo cuando se tiene una enfermedad.
- La toma de decisiones depende de la capacidad intelectual.
- El autocuidado es más sencillo cuando se atiende de forma integral a la persona y no por partes o bloques independientes entre sí.

Añade siete propuestas:

- Existen similitudes centrales en el autocuidado de diferentes enfermedades crónicas.



Figura 3. Factores adyacentes al autocuidado. Fuente: elaboración propia.

- La experiencia aumenta la calidad del autocuidado; cuando la persona ha sido cuidador previamente o tiene experiencia ya con el proceso crónico, los autocuidados que se profiere son de mayor calidad.
- Los pacientes con autocuidado irreflexivo dominan menos el autocuidado en situaciones complejas.
- Los malentendidos, los conceptos erróneos y la falta de conocimiento hacen que el autocuidado sea insuficiente.
- El dominio del mantenimiento del autocuidado precede al dominio de la gestión del autocuidado, ya que el mantenimiento es menos complejo que la toma de decisiones.
- Es necesario monitorear el autocuidado para garantizar un autocuidado efectivo.
- El autocuidado basado en la evidencia tiene mejores resultados de salud.

Por último, la TRM explica una serie de resultados, tanto previstos como no deseados. Entre los primeros se señalan que:

- El mantenimiento del autocuidado supone la estabilidad de la enfermedad, la optimización de la salud, alcanzar el bienestar y mejorar la calidad de vida.
- El autocuidado aumenta el control percibido sobre la enfermedad y el conocimiento del proceso crónico disminuye la ansiedad.
- El autocuidado adecuado produce una disminución en la hospitalización, en el costo y la mortalidad.



Por otro lado, la TRM también señala una serie de resultados no deseados:

- El alto nivel percibido y la baja ansiedad que ello produce podría causar autoengaño y retrasar la búsqueda de la atención y la instauración de un tratamiento adecuado.
- Puede suceder que la persona perciba su autocuidado como una mayor carga asociada, intentándolo realizar de una forma más exigente y experimente culpa cuando no es capaz de seguir el tratamiento.
- El incremento del conocimiento podría aumentar la alarma y generar costos si la persona busca atención incluso cuando no es necesario.

## VALORACIÓN

Para realizar una valoración completa del paciente se recopila inicialmente la información siguiendo el esquema de los Patrones M. Gordon, para después reflexionar acerca de su autocuidado crónico utilizando las claves que nos aporta la Teoría de Rango Medio.

### PATRÓN I. PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD

El paciente presenta como antecedente principal una esquizofrenia pParanoide desde los 29 años. Presentó mala adherencia en la USM, precisando hospitalización por descompensación en 2016, tras el fallecimiento de su madre. Tras el alta por la Unidad de Psiquiatría del hospital, comienza seguimiento por ECA en un piso supervisado. Actualmente presenta conciencia de enfermedad y mantiene buena adherencia al tratamiento. Percibe actualmente su salud como buena.

El último control de su diabetes mellitus se realizó en 2022. Se cumplimenta la escala de conocimientos sobre el manejo de la diabetes de Bueno y col., obteniendo una puntuación de 15/25 puntos. Presenta buenos controles aleatorios de tensión arterial obteniendo cifras en rango con la medicación pautada.

No se conocen alergias medicamentosas.

En la tabla 1 se describe el tratamiento farmacológico que mantiene.

### PATRÓN II. NUTRICIONAL/METABÓLICO

La dieta normalmente es variada y saludable, ya que los menús son supervisados por la enfermera del ECA. Sin embargo, debido a un episodio de estreñimiento agudo el pasado agosto de 2022, empezó a ingerir exclusivamente zumo de naranja y cereales. La ingesta hídrica es de aproximadamente un litro diario.

Tras la insistencia de mantener la dieta se inician medidas aleatorias de glucemia obteniéndose cifras muy superiores al rango normalizado, presentando hiperglucemias mantenidas a lo largo del día con cifras en torno a 400 mg/dl de glucosa en sangre.





TABLA 1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA
Lormetazepan 2 mg	0-0-0-1	Fenofibrato 145 mg	1-0-0
Quetiapina 400 mg	0-0-1	Metformina 850 mg	1-0-1
Ácido valproico 300 mg	0-1-1	Omeprazol 20 mg	1-0-0
Ácido valproico 500 mg	0-0-2	Ramipril-Hidroclorotiazida 5 mg/125 mg	1-0-0
Paliperidona 700 mg	IM c/3 meses (última dosis 6/9/22)		

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y ANALÍTICOS

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y ANALÍTICOS			
Peso 87,3 kg	Talla 1,71 m	IMC 29,9	P. abd 101 cm
TG 116 mg/dl	Col Total 168 mg/dl	HDL 40 mg/dl	LDL 104 mg/dl
RCV 18 ptos	HbA1c 5,87%		

Fuente: elaboración propia tras recopilación de los valores de la historia clínica del paciente.

En la tabla 2 se reflejan datos antropométricos y analíticos del paciente.

### PATRÓN III. ELIMINACIÓN

Presentó episodio de estreñimiento agudo en agosto de 2022, llegando a estar hasta diez días sin realizar deposición, acudiendo a urgencias el 22/08/2022. El tratamiento consistió en laxantes y un enema, siendo efectivo dos días después.

El patrón intestinal previo consistía en una deposición cada dos días con heces semiduras y a veces con dolor. Actualmente realiza una deposición semiblanda, sin dolor ni esfuerzo diariamente.

### PATRÓN IV. ACTIVIDAD/EJERCICIO

El paciente es independiente para las ABVD y las AIVD, aunque precisa supervisión para estas últimas. Realiza una actividad física ligera, acudiendo a los diferentes talleres de rehabilitación psicosocial de lunes a viernes durante el día y por las tardes realiza paseos acompañado de su pareja.

No refiere disnea, ni dificultad para realizar sus quehaceres diarios. No presenta problemas en la marcha ni en el equilibrio.



## PATRÓN V. SUEÑO/DESCANSO

No refiere problemas ni en la conciliación ni en el mantenimiento del sueño y comenta que se despierta descansado. Por las tardes después de comer le gusta echarse una hora de siesta.

## PATRÓN VI. COGNITIVO/PERCEPTUAL

En la actualidad presenta estabilidad psicopatológica, ya que no refiere ideas delirantes, el discurso es ordenado, aunque se expresa con lenguaje expansivo con tendencia a la ideación megalóide, además de presentar ideas con tendencia al pensamiento mágico. Niega alteraciones sensorio-perceptivas en la actualidad. Toma decisiones de forma independiente (no está incapacitado legalmente).

Padece de astigmatismo, aunque corregido con gafas, y realiza revisiones cada uno o dos años. No presenta problemas auditivos.

## PATRÓN VII. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

El paciente tenía nula conciencia de enfermedad desde el diagnóstico hasta el ingreso, habiendo presentado ideación delirante megalóide, de tipo místico-religiosa e ideas de perjuicio centrado en sus familiares.

Actualmente refiere sentirse a gusto consigo mismo, presenta conciencia y aceptación de enfermedad y niega ideación autoheterolítica.

## PATRÓN VIII. ROL/RELACIONES

Vive en piso supervisado y refiere buena relación con sus seis compañeros. Acude al centro ocupacional diariamente y lleva a cabo rehabilitación psicosocial. Actualmente se encuentra desempleado y respecto a los estudios realizados, cabe señalar una Formación Profesional de electrónica.

Percibe una pensión por discapacidad, cuya cuantía va destinada en un 75% a pagar el recurso alójativo, refiere que el dinero que le queda es suficiente para cubrir el resto de necesidades.

Refiere no sentirse solo, tener amigos y pareja. Con esta última refiere tener una relación sentimental desde hace 3 meses y comenta que se siente muy a gusto con ella, comprendido y aceptado.

En cuanto a las relaciones familiares, como se puede ver en el genograma (figura 4), el paciente expresa que tenía una relación buena con sus padres, aunque más estrecha con su madre. El fallecimiento de su madre supuso un estresor muy importante en su transcurso vital, según señala el propio paciente, y, junto con la mala adherencia a la USM, favoreció su descompensación psicopatológica en 2016, precisando ingreso hospitalario. Con el fallecimiento de su madre cortó relación con



## GENOGRAMA FAMILIAR

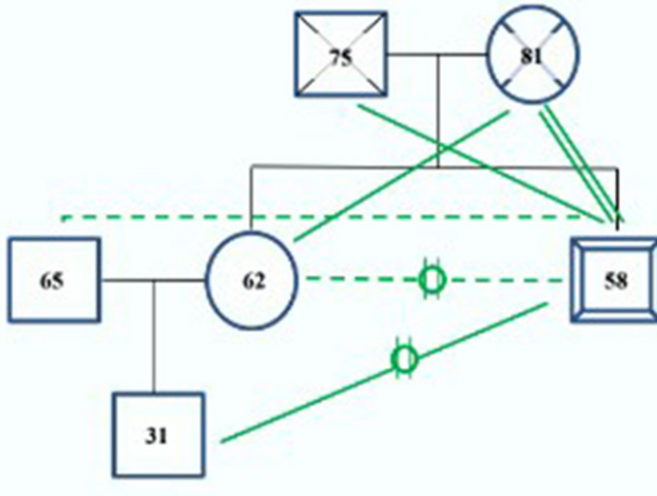


Figura 4. Genograma. Fuente: elaboración propia.

su hermana y su sobrino, refiriendo ideación de perjuicio hacia su familia; anteriormente tenía buena relación con ambos. Poco a poco ha vuelto a tener encuentros con ellos y se han ido reconstruyendo los vínculos previos.

### PATRÓN IX. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

No refiere preocupaciones relacionadas con la sexualidad y evita ahondar en el tema.

### PATRÓN X. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

Ante situaciones muy estresantes o cambios muy notorios se ha desestabilizado psicopatológicamente a lo largo de su vida. En 2016, como se ha explicado en apartados anteriores, su pensamiento mágico derivó en una ideación delirante que precisó ingreso hospitalario. Dicho episodio se relaciona con el fallecimiento de su madre.

Hace 2 años presentó un nuevo episodio de desestabilización psicopatológica que se pudo solventar sin ingreso hospitalario, aunque con cambio de pauta medicamentosa y estrecho seguimiento por parte del ECA y la USM.

En la actualidad refiere no utilizar medicinas ni drogas por cuenta propia para relajarse y explica que para evadirse le gusta mucho leer.

Expresa orientación religiosa marcada, se considera «católico practicante». Se recoge en la historia que durante el ingreso expresó ideación megalóide, místico-religiosa. En la actualidad comenta que la religión es muy importante en su vida, aunque no expresa esa ideación megalóide que verbalizó durante su desestabilización

### *Aportación de la teoría de rango medio a la valoración*

La TRM describía tres pilares fundamentales en el autocuidado: mantenimiento, seguimiento y gestión del autocuidado. Respecto al primero de ellos, el paciente presenta una buena adherencia al tratamiento, pero presenta un pensamiento rígido y sujeto a cambio no por el discurso razonado que le proporcione el profesional, sino por la autoridad y la confianza que él deposite en su interlocutor.

Respecto al seguimiento del autocuidado cabe mencionar el componente obsesivo con respecto a la deposición diaria, por ejemplo. Se advierte que cuando el paciente siente preocupación sobre un problema, muestra una conducta prácticamente obsesiva, difícil de cambiar. Sin embargo, aquellos problemas «silentes», que no tienen repercusión sintomática, no son escuchados por el paciente. Es decir, muestra importante preocupación y hace el esfuerzo de realizar todos los cuidados destinados únicamente a resolver el estreñimiento que él considera que sigue teniendo; pero hace caso omiso, por ejemplo, a la diabetes que padece, porque esta última no está produciendo en la actualidad sintomatología desagradable y no siente que su conducta pueda traducirse en un riesgo real para su salud.

En cuanto al último punto clave de la TRM, la gestión o manejo del autocuidado, se podría afirmar que es deficiente, debido a que la toma de decisiones responde a un modelo naturalista con una baja reflexión en el autocuidado. También cabe señalar en este apartado que se ejerce una supervisión directa de su proceso de salud por parte de los diferentes profesionales que lo acompañan, especialmente el equipo del ECA.

Dentro de los factores que afectan al autocuidado descritos por la TRM, se resaltan tres, ya que adquieren especial relevancia en el caso: las creencias y los valores, los hábitos y las habilidades funcionales y cognitivas. Cada uno de estos apartados ha sido descrito de una forma más exhaustiva en la valoración del paciente a propósito.

La valoración, por tanto, arroja que el planteamiento a seguir con este paciente es trabajar por un lado los conocimientos y la conciencia de enfermedad y, por otro, el empoderamiento en la toma de decisiones autónomas e informadas. No nos encontramos ante un problema de motivación, sino ante un paciente con conocimientos deficientes que lleva a cabo un autocuidado irreflexivo e insuficiente. Recordemos que el dominio del mantenimiento del autocuidado precede al dominio de la gestión del mismo.



No podemos obviar que nos encontramos ante un paciente de salud mental y que el abordaje de este perfil de paciente difiere del resto. Por ello, se cree conveniente realizar un breve repaso por las teorías con más aplicabilidad en el área de la enfermería psiquiátrica.

### *Teoría psicodinámica de Peplau*

La enfermería psicodinámica consiste en «ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia».<sup>10, 11</sup>

Se detallan cinco fases en la relación enfermera-paciente:

- *Orientación*. En esta fase inicial la persona tiene una necesidad y precisa ayuda profesional.
- *Identificación*. La persona identifica, como bien dice el enunciado, a aquellas personas que pueden ayudarle.
- *Explotación*. La persona se beneficia de todo recurso que pueda ofrecer el profesional gracias a la relación que se ha establecido.
- *Resolución*. La relación se disuelve, ya que ya alcanzó su propósito.

Cada fase anteriormente descrita se relaciona con los diferentes papeles que puede adquirir la enfermera:

- Papel de extraño.
- Papel como persona a quien recurrir.
- Papel docente.
- Papel conductor del enfermero/a ya que favorece una relación de cooperación facilitando la participación activa del paciente.
- Papel de sustituto.
- Papel de asesoramiento, el más importante según la propia autora, en la enfermería de salud mental.

Esta teoría, aunque explica la naturaleza de relación de ayuda que se crea entre el paciente y la enfermera, no hace mención a la familia ni a la comunidad, omitiendo el papel tan importante que tiene la red de apoyo especialmente en el área de la salud mental.



Fue desarrollada en 1976 por enfermeras de las áreas de Salud Pública y Salud Mental. Es una teoría que enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. Entiende a la Enfermería como un «diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano» (10, 12).

Los elementos estructurales de la enfermería humanística se describen como «Incorporar a los hombres (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intra-subjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas» (13).

### *Modelo de J. Travelbee de Relación Persona a Persona*

Para esta autora la enfermería es un arte y su papel en el área de salud mental consiste en la práctica consciente de cuidar, ayudando y acompañando al paciente y a su familia en sus procesos de desarrollo psicosocial y prevenir o afrontar la experiencia de enfermedad y el sufrimiento mental que conlleva (10, 14).

Para ello primero debe comprender el contexto del paciente y la situación por la que está atravesando para poder establecer una relación de ayuda. Travelbee establece cinco fases en la relación de ayuda terapéutica entre el paciente y la enfermera:

- Fase de encuentro original. Se trata de la primera experiencia con el paciente, en la que se generan unos sentimientos en relación con las impresiones que ambas personas desarrollan. Estas primeras percepciones son importantes porque condicionan las futuras conductas y comportamientos, el sentirse valorado o juzgado en el primer encuentro puede cambiar notablemente el transcurso de la relación.
- Fase de identidades emergentes. En esta fase se crean y personalizan las imágenes mentales del otro; es decir, la enfermera deja de ser una personificación de todas las enfermeras para el paciente y pasa a ser un ser humano con el que entabla una relación y viceversa.
- Fase de empatía. La singularidad de cada persona es más evidente, la relación se estrecha y esto da lugar a la empatía, a conocer el contexto del interlocutor y a ponerse en su piel.
- Fase de simpatía. En este punto existe una preocupación genuina por la otra persona y nace el deseo de querer ayudar a aliviar la dolencia del otro.
- Fase de término. No hay dos figuras delimitadas por sus roles, no hay enfermera y paciente, hay dos personas que se perciben como seres humanos, siendo la relación de ayuda mutua.

Según esta teoría existen dos formas de abordar los cuidados en enfermería:



- Abordaje subjetivo científico. Es un enfoque bien reconocido, y su práctica está extendida y valorada. La enfermera hace uso de un plan y de una forma protocolizada objetiva signos y síntomas e identifica las necesidades de salud del paciente.
- Abordaje intersubjetivo. Se trata de un enfoque más global y profundo, en el que la enfermera integra la relación con el paciente, el proceso de cuidados y el modelo de enfermería. Es un proceso largo, con una mayor implicación personal y profesional que no es cuantificable y que tampoco tiene registro.

Travelbee analiza la relación de ayuda describiendo las características fundamentales de la misma; se trata de una relación deliberada y consciente que conlleva una evolución por etapas dinámicas y que provoca cambios en ambas partes. La relación de ayuda trabaja en relación a las experiencias presentes y la enfermera, como persona que ejerce el rol de ayudar, debe tener capacidad interpersonal, conocimiento, paciencia y tolerancia y ser capaz de abrirse y permitir el acercamiento.

### *Modelo de la Marea en la Recuperación en Salud Mental (Phil Barker)*

Se trata de un modelo filosófico que trata de explicar la recuperación en salud mental, no es un método asistencial ni de tratamiento de la enfermedad mental. Fue desarrollado para la enfermería psiquiátrica de las unidades de agudos con el objetivo de intentar explicar mediante un modelo más flexible la recuperación de los pacientes de salud mental. Este modelo se fundamenta en la teoría del caos y utiliza la metáfora de las mareas y el poder del agua y del mar para simbolizar el estrés humano; sus flujos constantes, en continuo movimiento y que no siguen ningún patrón, aunque se mantengan dentro de unos parámetros delimitados. El modelo nos invita a aceptar la realidad de la incertidumbre (10, 15).

Describe diez compromisos que son la brújula metafórica para el profesional:

1. Valorar la voz.
2. Respetar el lenguaje.
3. Desarrollar la curiosidad genuina.
4. Llegar a ser el aprendiz.
5. Revelar la sabiduría personal.
6. Ser transparente.
7. Utilizar el equipo de herramientas disponible.
8. Trabajar un paso más allá.
9. Dar el don del tiempo.
10. Saber que el cambio es constante.



La enfermería psiquiátrica ha tenido una importante evolución, al igual que el modelo asistencial, pasando de ser una enfermería meramente descriptiva que respondía a un modelo médico a reconocer la importancia de la experiencia humana y poniendo en el centro la relación enfermera-persona.

La complejidad del cuidado en salud mental viene dada por su naturaleza humana y social. Todas las teorías descritas tienen en común un elemento fundamental, la comunicación, ya sea en una forma verbal, gestual, actitudinal y/o afectiva, y cada una la describe y analiza desde su perspectiva.

## FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

### HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

- 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud.
- 00179.- Riesgo de glucemia inestable.
- 00233.- Sobrepeso.
- 00011.- Estreñimiento.
- 00130.- Trastorno de los procesos de pensamiento.
- 00121.- Trastorno de la identidad personal.
- 00069.- Afrontamiento individual inefectivo.
- 00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo.
- 00179.- Riesgo de glucemia inestable r/c Conocimiento inadecuado de la gestión de la enfermedad.
- 00233.- Sobrepeso r/c La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad m/p IMC de 29.9.
- 00012.- Estreñimiento subjetivo r/c deterioro de los procesos de pensamiento y conocimiento deficiente sobre los patrones normales de evacuación m/p alimentación inadecuada y expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.
- 00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, sobrepeso y sedentarismo.
- 00130.- Trastorno de los procesos de pensamiento r/c deterioro de la interpretación de acontecimientos m/p obsesiones y sospechas.





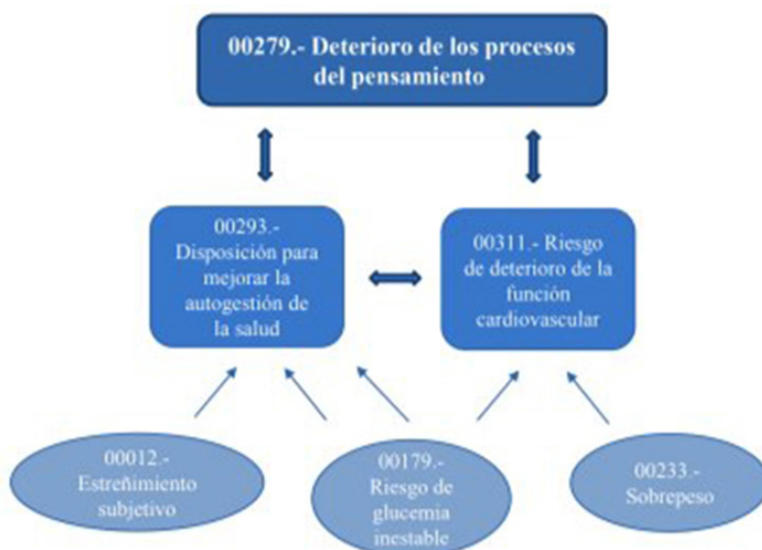


Figura 5. *Priorización de Diagnósticos*. Fuente: elaboración propia.

## PRIORIZACIÓN DE RESULTADOS

Para llevar a cabo la priorización de los diagnósticos de enfermería se han dispuesto las diferentes etiquetas diagnósticas de tal manera que unas son englobadas por otras; es decir, mediante las actividades destinadas a trabajar el 00233.- Sobrepeso y el 00179.- Riesgo de glucemia inestable trabajamos a su vez el 00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

Lo mismo sucede con la etiqueta diagnóstica 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud; mediante la consecución de los objetivos planteados para los diagnósticos 00012.- Estreñimiento subjetivo y el diagnóstico mencionado anteriormente de 00179.- Riesgo de glucemia inestable, solventamos la necesidad de conocimientos que presenta el paciente.

Cabe señalar que todos los diagnósticos a su vez están influenciados en mayor o menor medida, pero de forma tangencial por su situación de salud mental que se describe mediante el diagnóstico 00279.- Deterioro de los procesos del pensamiento.

## INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC

00279.- Deterioro de los procesos del pensamiento r/c trastornos mentales m/p deterioro de la interpretación de acontecimientos, obsesiones y sospechas.





TABLA III. CRITERIOS DE RESULTADO PARA EL DIAGNÓSTICO 00279.- DETERIORO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO					
1403.- AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORCIONADO					
	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 3	Siempre demostrado 4
[140313] Expone un contenido del pensamiento apropiado			✓	✓	
[1621] CONDUCTA DE ADHESIÓN: DIETA SALUDABLE					
[162104] Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas		✓		✓	
[162109] Prepara los alimentos siguiendo las recomendaciones dietéticas de grasas, sodio e hidratos de carbono		✓		✓	
[162106] Selecciona raciones compatibles con las pautas nutricionales recomendadas		✓		✓	
0501.- ELIMINACIÓN INSTENTINAL					
	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
[50101] Patrón de eliminación				✓	✓

Fuente: elaboración propia tras consultar NNNconsult (16).

### CRITERIOS DE RESULTADO

En la tabla III se exponen los criterios de resultado NOC asociados al diagnóstico de enfermería; en rojo se muestra la situación inicial del paciente y en verde la reevaluación tras ejecutar el proceso de atención enfermería.

### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Para alcanzar los objetivos anteriores se planificaron las siguientes actividades de enfermería NIC:

4050.- Manejo de las ideas delirantes:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Evitar discutir sobre creencias falsas y aclarar dudas con naturalidad.

TABLA IV. CRITERIOS DE RESULTADO PARA EL DIAGNÓSTICO 00311.- RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

1914.- CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR					
	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 3	Siempre demostrado 4
[191401] Reconoce los factores de riesgo personales de la enfermedad cardiovascular			✓	✓	
[191404] Controla la presión arterial	✓		✓		
[191408] Sigue dieta cardiosaludable	✓		✓		

Fuente: elaboración propia tras consultar NNNconsult (16).

- Realizar el seguimiento de las ideas delirantes por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.

#### 1100.- Manejo de la nutrición:

- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).
- Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta.
- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

#### 0450.- Manejo del estreñimiento:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Enseñar al paciente o a la familia los procesos digestivos normales.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, sobrepeso, y sedentarismo.

#### CRITERIOS DE RESULTADO

En la tabla IV se exponen los criterios de resultado NOC asociados al diagnóstico de enfermería; en rojo se muestra la situación inicial del paciente y en verde la reevaluación tras ejecutar el proceso de atención enfermería.



## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Para alcanzar los objetivos anteriores se planificaron las siguientes actividades de enfermería NIC:

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad:

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, describiendo los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Explorar recursos/apoyos posibles.

4050.- Manejo del riesgo cardíaco:

- Instruir al paciente y la familia sobre:
  - La modificación de los factores de riesgo cardíacos.
  - La realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva.
  - Las estrategias para llevar una dieta cardiosaludable.
  - Los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco (p. ej., fármacos, monitorización de la presión arterial).
  - Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.

00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de querer de mejorar la gestión de los factores de riesgo.

## CRITERIOS DE RESULTADO

En las tablas V y VI se exponen los criterios de resultado NOC asociados al diagnóstico de enfermería; en rojo se muestra la situación inicial del paciente y en verde la reevaluación tras ejecutar el proceso de atención enfermería.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Para alcanzar los objetivos anteriores se planificaron las siguientes actividades de enfermería NIC:

4470.- Ayuda en la modificación de sí mismo:

- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre su entorno social y ambiental.



TABLA V. CRITERIOS DE RESULTADO PARA EL DIAGNÓSTICO 00293.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

1619.- AUTOCONTROL: DIABETES					
	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 3	Siempre demostrado 4
[161920] Sigue la dieta recomendada	✓			✓	
[161921] Sigue el nivel de actividad recomendado		✓		✓	
[161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies		✓		✓	
[161910] Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia			✓	✓	

Fuente: elaboración propia tras consultar NNNconsult (16).

#### 5614.- Enseñanza: dieta prescrita:

- Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita.
- Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
- Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Para alcanzar los objetivos anteriores se planificaron las siguientes actividades de enfermería NIC:

#### 0200.- Fomento del ejercicio

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.

#### 5603.- Enseñanza: cuidados de los pies:

- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos.



- Informar sobre la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- Recomendar el lavado diario de los pies y su posterior secado e hidratación.

## EVOLUCIÓN

Como se ha explicado, el paciente presentó un episodio de estreñimiento agudo con más de diez días sin deposición y por ello acudió al servicio de urgencias, donde se instauró tratamiento y se resolvió el proceso agudo. Entre las recomendaciones dadas en el servicio de urgencias se le indicó que debía aumentar la ingesta de fibra y el paciente, siguiendo al pie de la letra la recomendación, inició una dieta a base de zumo de naranja y cereales exclusivamente por más de quince días, descuidando el resto de problemas crónicos, como, por ejemplo, la diabetes. Se iniciaron medidas aleatorias de glucemia obteniéndose cifras muy superiores al rango normalizado, presentando hiperglucemias mantenidas a lo largo del día con cifras en torno a 400 mg/dl de glucosa en sangre.

Dada la dificultad en la reconducción de la conducta se indicó como estrategia inicial su derivación a su unidad de atención primaria para educación en alimentación. Sin embargo, esta estrategia no fue muy efectiva; dada la presión asistencial, los tiempos de consulta son limitados, y especialmente en los pacientes de salud mental esto es un inconveniente muy importante, ya que el tiempo destinado es insuficiente. El paciente entendió que debía incorporar vegetales a su dieta e inició una alimentación basada en zumo de naranja y puré de algunas verduras exclusivamente. Se decide nueva estrategia, realizar educación diabetológica, mediante intervención grupal por parte de la enfermera con el objetivo de que el paciente no se pusiese a la defensiva ni se sintiese juzgado o atacado. De esta forma también se podrían trabajar de forma indirecta recomendaciones relacionadas con la prevención del estreñimiento y la alimentación cardiosaludable y empoderar al paciente en la toma de decisiones autónomas e informadas.

Se presentaron tres sesiones:

- ¿Qué es la diabetes? Causas y complicaciones.
- Alimentación saludable.
- Actividad física y cuidado de los pies.

Se cumplimentó la escala de conocimientos en diabetes ECODI pre- y post-intervención obteniéndose una mejoría de 7 puntos al final de la educación impartida. Esta escala validada en español valora los conocimientos en relación con el control, tratamiento, alimentación, ejercicio y complicaciones; está compuesta por 25 ítems con cuatro alternativas de respuesta y sus índices de fiabilidad son de 0.87 y 0.86<sup>9</sup>.

Tras las sesiones el paciente vuelve a ingerir todos los grupos de alimentos, siguiendo una dieta de consistencia normal, y presenta un patrón de eliminación



rigurosamente normal. Los últimos controles glucémicos muestran un mejor control de los niveles de glucosa en sangre, aumentándose el TIR (Tiempo en Rango).

El paciente refirió estar satisfecho con las sesiones ofrecidas sobre hábitos de vida saludable en la diabetes mellitus, ya que explicaba que ahora entendía mejor el porqué de la preocupación inicial.

## CONCLUSIONES

El abordaje de las enfermedades crónicas en pacientes con patología mental grave es todo un reto. El arte de comunicar se hace indispensable en este perfil de paciente cuando el objetivo es empoderar y aumentar los conocimientos de la persona, para que esta tome sus propias decisiones de una forma informada y responsable.

Especialmente con estos pacientes debemos procurar controlar todos los factores que puedan interferir en la comunicación efectiva, tanto verbales como no verbales. Por otro lado, hay que tener en cuenta que una buena relación terapéutica lo es todo; en el caso que se ha presentado se demuestra que el generar un vínculo de confianza y explorar las vivencias, preocupaciones y demás sentimientos del paciente ha ayudado a que validase después el discurso del profesional.

Para terminar, se cree importante subrayar que las consultas breves con tiempos poco adaptados a la persona que tenemos en frente y con mensajes rápidos propician malentendidos; es muy importante tener cuidado con el mensaje que transmitimos y llevar a cabo un seguimiento de los problemas que atendemos.

RECIBIDO: 03-04-2023; ACEPTADO: 15-08-2023



## BIBLIOGRAFÍA

1. CENTRO DE REFERENCIA Estatalde Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave Valencia. Trastorno de Mental Grave [Internet] Valencia: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso); 2022 [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en <https://creap.imserso.es/trastorno-mental-grave>.
2. HERT, M.D., DEKKER, J.M., WOOD, D., KAHL, K.G. y MÖLLER, H.-J. Enfermedad cardiovascular y diabetes en personas con enfermedad mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2009 [citado el 10 de febrero de 2023]; 2(1): 49-59. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-enfermedad-cardiovascular-diabetes-personas-con-S1888989109707141>.
3. KALINOWSKA, S., TRZEŚNIEWSKA-DRUKAŁA, B., KŁODA, K., SAFRANOW, K., MISIAK, B., CYRAN, A. *et al.* The association between lifestyle choices and schizophrenia symptoms. *J Clin Med* [Internet]. 2021 [citado el 10 de febrero de 2023]; 10(1): 165. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466547/>.
4. GRONHOLM, P.C., CHOWDHARY, N., BARBUI, C., DAS-MUNSHI, J., KOLAPPA, K., THORNICROFT, G. *et al.* Prevention and management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO recommendations. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2021 [citado el 10 de febrero de 2023]; 15(1): 22. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33658061/>.
5. RIEGEL, B., JAARSMA, T. y STRÖMBERG, A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 2012; 35(3): 194-204. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>.
6. PERESTELO PÉREZ, L. Eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento asertivo comunitario para las personas con trastorno mental grave y persistente y su relación con el contexto de aplicación [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en [https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f182be7e-1f35-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2007\\_14.pdf](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/f182be7e-1f35-11e0-964e-f5f3323ccc4d/2007_14.pdf).
7. EQUIPO DE ATENCIÓN Y CUIDADOS INTEGRADOS (ECA) [Internet]. Tenerife.es. [citado el 10 de febrero de 2023]. Disponible en <https://www.tenerife.es/portalcabtf/e/es/temas/asuntos-sociales/personas-con-discapacidad/asistencia-a-personas-con-discapacidad/equipo-de-atencion-y-cuidados-integrados-eca/36-asuntos-sociales/874-equipo-de-atencion-y-cuidados-integrados-eca>.
8. RIEGEL, B., JAARSMA, T., STRÖMBERG, A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 2012 [citado el 13 de febrero de 2023]; 35(3): 194-204. Disponible en [https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/A\\_Middle\\_Range\\_Theory\\_of\\_Self\\_Care\\_of\\_Chronic.3.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/07000/A_Middle_Range_Theory_of_Self_Care_of_Chronic.3.aspx).
9. HARTWEG, D. Dorothea Orem: Self-care deficit theory [Internet]. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2012. Disponible en: <https://books.google.at/books?id=6RN1AwAAQBAJ>.
10. BUENO, J.M., MARCO, M.D., LEAL, A., OROZCO, D. y MIRA, J.J. An evaluation study of a scale of diabetological education in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 1993 [citado el 10 de febrero de 2023]; 11(7): 344-348. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8499549/>.
11. GALVIS LÓPEZ, M.A. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid* [Internet]. 2015 [citado el 15 de octubre de 2022]; 6(2): 1108. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732015000200012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732015000200012).





11. PEPLAU, H.E. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Bloomsbury Publishing; 1988.
12. PATERSON, J.G. y ZDERAD, L.T. *Humanistic Nursing*. New York, NY: National League for Nursing; 1988.
13. MELEIS, A.L. *Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería*. Philadelphia: Lippincott; 1997.
14. HASEGAWA, H. Nursing theory. 24. On «Interpersonal Aspects of Nursing» by Joyce Travelbee. *Kangogaku Zasshi* [Internet]. 1988 [citado el 15 de octubre de 2022]; 52(1): 14-15. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3373815/>.
15. BARKER, P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing: The Tidal Model. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2001; 8(3): 233-240. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>.
16. NNNCONSULT [Internet]. Elsevier; 2023 [citado el 13 de febrero de 2023]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.
17. ACKLEY, B.J., LADWIG, G.B., MAKIC, M.B.F., MARTINEZ-KRATZ, M. y ZANOTTI, M. *Nursing diagnosis handbook E-book: An evidence-based guide to planning care* [Internet]. 12.ª ed. London, England: Mosby; 2019. Disponible en <https://books.google.at/books?id=GyOJ-DwAAQBAJ>.



