



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2024,
Volumen 8, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UNA PERSONA CON
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO
MANIACO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS BASADA EN
EL MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY**

RISK FACTORS FOR DOMESTIC VIOLENCE IN ECUADOR

Rocío del Carmen Díaz Burgos

Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, Ecuador

Luis Enrique Ávila Granda

Instituto Superior Tecnológico Jatun Yachay Wasi, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12264

Atención de Enfermería a una Persona con trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Maniaco con Síntomas Psicóticos Basada en el Modelo de Adaptación de Callista Roy

Priscila Guadalupe Lázaro Triano¹priscila-lazaro@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0004-6874-4150>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
México**Josefina Torres López**josefina.torres@ujat.com<https://orcid.org/0009-0000-4983-2543>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
México**María José Jimenez Zamudio**mariajose.jimenez@ujat.mx<https://orcid.org/0000-0002-3574-4187>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
México**Adrián Hernández Martínez**adrian.hernandez@ujat.mx<https://orcid.org/0009-0006-6714-9960>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
México

RESUMEN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método científico, sistematizado y organizado utilizado por los profesionales de enfermería para la valoración clínica consistente, sistemática y precisa de los pacientes con el objetivo de brindar soluciones a los problemas de salud y satisfacción del paciente. Permite aplicar el pensamiento crítico, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar los problemas de salud reales o potenciales de la persona, lo anterior, fundamentado en modelos conceptuales y teorías de enfermería. El objetivo del estudio fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), a una persona con trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco utilizando el Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR). Se realizó un estudio de caso cualitativo, descriptivo, transversal, observacional. Las etiquetas diagnósticas de enfermería encontradas en la taxonomía NANDA-I fueron insomnio, confusión aguda y riesgo de conducta suicida, se establecieron resultados e intervenciones de enfermería los cuáles jugaron un papel importante para promover la adaptación de la persona pasando de un nivel comprometido a compensatorio. Las intervenciones aplicadas por el personal de Enfermería resultaron eficaces, promoviendo estrategias de afrontamiento, donde los elementos del paradigma de enfermería interaccionan para lograr la adaptación de la persona coincidiendo con lo descrito en el MAR.

Palabras clave: proceso de atención de enfermería, modelo de adaptación de callista roy, cuidado, trastorno afectivo bipolar, taxonomía NNN

¹ Autor principal.

Correspondencia: priscila-lazaro@hotmail.com

Nursing Care for a Person with Bipolar Affective Disorder, Manic Episode with Psychotic Symptoms Based on Callista Roy's Adaptation Model

ABSTRACT

The Nursing Care Process (PAE) is a scientific, systematized and organized method used by nursing professionals for the consistent, systematic and accurate clinical assessment of patients in order to provide solutions to health problems and patient satisfaction. It allows to apply critical thinking, knowledge and skills to diagnose and treat the real or potential health problems of the person, the above, based on conceptual models and nursing theories. The objective of the study was to apply the Nursing Care Process (PAE), to a person with bipolar affective disorder, manic episode using the Callista Roy Adaptation Model (MAR). A qualitative, descriptive, cross-sectional, observational case study was conducted. The nursing diagnostic labels found in the NANDA-I taxonomy were insomnia, acute confusion and risk of suicidal behavior, nursing outcomes and interventions were established which played an important role in promoting the person's adaptation from a compromised to compensatory level. The interventions applied by the nursing staff were effective, promoting coping strategies, where the elements of the nursing paradigm interact to achieve the adaptation of the person coinciding with what was described in the SEA.

Keywords: nursing care process, callista roy adaptation model, care, bipolar affective disorder, NNN taxonomy

Artículo recibido 10 mayo 2024

Aceptado para publicación: 28 junio 2024



INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método científico, sistematizado y organizado utilizado por los profesionales de enfermería para la valoración clínica con el objetivo de brindar soluciones a los problemas de salud y la satisfacción del paciente. Además, utiliza una secuencia lógica, comprende el problema, recopila información, formula hipótesis y prueba soluciones, todo lo cual conduce a un plan de cuidados (López Romo, Cumbajin Montatixe, Garayalde Suárez, Villa Solís & Villarroel López, 2022).

En la práctica profesional el PAE permite al personal de enfermería aplicar el pensamiento crítico, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar los problemas de salud reales o potenciales del paciente, por lo tanto, el PAE proporciona las bases científicas en el proceso de cuidar, es el medio para coordinar, hacer investigación en enfermería, además ayuda a brindar una atención holística y personalizada, reduce los índices de error y facilita la comunicación; establecimiento claro de objetivos, autonomía, crecimiento y juicio profesional que han evolucionado de un arte a una ciencia (López Romo, Cumbajin Montatixe, Garayalde Suárez, Villa Solís & Villarroel López, 2022). En relación a lo antes mencionado y apoyándose en el método científico, en el proceso de cuidar se emplea el PAE, el cual está constituido por cinco etapas subsecuentes engranadas e interrelacionadas entre sí, la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica. Pinargote Chancay, R. R., (2018)

La finalidad del PAE es constituir una estructura que pueda compensar, de manera individual, las necesidades del paciente, la familia o la comunidad, por tanto, es un instrumento en la práctica de enfermería que la orienta hacia la realización de unas actividades coherentes en función de unos resultados esperados. Pinargote Chancay, R. R., (2018).

En consecuencia, en el proceso de cuidar el profesional de enfermería, necesita aplicar el PAE fundamentado en modelos conceptuales y en teorías de enfermería que ayudan a orientar y justificar la práctica profesional. Dentro de nuestra profesión existen diversos modelos y teorías, cada uno de ellos elaborados por diferentes autoras abordadas desde diferentes perspectivas, los cuales son útiles para desarrollar nuestra labor diaria, sin embargo, para este estudio se utilizó el Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR).



El MAR es una teoría que se enfoca en el cuidado holístico del paciente. Fue desarrollado por la enfermera teórica Callista Roy en la década de 1970 y se basa en la idea de que el objetivo de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a su entorno. Roy, M. D., (2021).

Según el MAR, el ser humano es un sistema adaptativo que está constantemente interactuando con su entorno. Este modelo entiende que la enfermería debe centrarse en la adaptación del paciente a su entorno, con el fin de promover la salud y el bienestar. Este modelo se basa en cuatro conceptos clave, es decir, el metaparadigma de enfermería:

- a) **Persona:** Es el centro del modelo y se define como un ser único y complejo que está en constante interacción con su entorno.
- b) **Entorno:** Se refiere a todo lo que rodea al paciente, tanto físico como psicológico. Este entorno puede afectar la salud del paciente y su capacidad para adaptarse a las situaciones.
- c) **Salud:** Se entiende como un estado de equilibrio entre la persona y su entorno.
- d) **Enfermería:** Es el proceso de facilitar la adaptación del paciente a su entorno, con el objetivo de promover la salud y el bienestar. Roy, M. D., (2021).

El MAR contiene modos adaptativos y procesos de afrontamiento. Los modos adaptativos se dividen en cuatro:

- a) **Modo fisiológico/físico:** Involucra las necesidades básicas y maneras de adaptación de la persona.
- b) **Modo Auto concepto:** Hace referencia a los sentimientos y creencias propias de la persona.
- c) **Modo Función de Rol:** Conlleva conductas de razón de la postura de la persona dentro de la sociedad, dependerá de la interacción del sujeto con terceros, se vincula con el rol que desempeña una persona en el entorno social.
- d) **Modo Interdependencia:** Hace referencia a la interacción de la persona con sus allegados y las redes de apoyo. Busca el equilibrio entre conductas dependientes (buscar ayuda, captar la atención y afecto) e independientes (conseguir satisfacción laboral, generar iniciativa). García García, E. X., (2023)

Los mecanismos de afrontamiento se dividen en dos, el Regulador es el encargado del control de procesos internos de las necesidades biológicas de la persona y el Cognitivo regula el autoconocimiento, función del rol e interdependencia. García García, E. X., (2023)



En relación a lo antes descrito, se aplicó el MAR a una persona con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos/ uso nocivo de múltiples drogas u otras sustancias en un Hospital Regional de Alta especialidad de Salud mental, en la sala de observación (sala A agudo mujeres). García García, E. X., (2023)

Los trastornos bipolares (TB) son un grupo de afectaciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de control de las emociones y por el sufrimiento subjetivo. A pesar de que los episodios de manía son los que otorgan de entidad diagnóstica al TB, las personas que lo padecen suelen experimentar también episodios depresivos, con periodos de profunda alteración del estado de ánimo. García Blanco, A. C., Sierra, P., Livianos L., (2019).

Existen dos tipos principales, estos son el trastorno bipolar tipo I (TBI) y el tipo II (TBII). El tipo I está caracterizado por episodios de manía y depresión, y el tipo II presenta episodios de hipomanía y depresión. La distinción principal entre ambos es la severidad de los síntomas maníacos. La manía causa impedimento severo en la funcionalidad, incluye síntomas psicóticos, y muchas veces requiere de hospitalización. En contraste, la hipomanía, no es lo suficientemente severa para causar deterioro significativo en la funcionalidad laboral y social; y no es necesaria la hospitalización en estos pacientes. Martínez, O., Montalván O., (2019).

Según los reportes estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en octubre de 2015 reportó que el 3% de la población mundial (350 millones de personas en el mundo aproximadamente) padecían enfermedad bipolar, presentándose en todas las culturas y razas. Es difícil estimar la incidencia de TB, porque la enfermedad se hace evidente después de un largo periodo. Usualmente en el primer episodio no es diagnosticada debido a que en la mayoría de los casos comienza con un episodio depresivo. Se calcula que alrededor del 10% de las personas con depresión desarrollen alguna de las variantes de TB. Martínez, O., Montalván O., (2019)

Un estudio epidemiológico reciente a nivel mundial basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la OMS, reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TB tipo I, del 0,4% para el TB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el espectro bipolar, particularmente, del 0,4% para el TB tipo I, del 0,3% para el TB tipo II y del



0,8% para el resto del espectro. No obstante, estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica de donde es extraída la muestra. Martínez, O., Montalván O., (2019).

En los estudios de la OMS sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes. El fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad. Martínez, O., Montalván O., (2019).

La meta del tratamiento es dar una respuesta adecuada a ambas fases de la enfermedad (manía y depresión), prevenir la frecuencia y mejorar la calidad de vida entre episodios. Las intervenciones psicosociales estructuradas se han validado como un medio efectivo de contribuir a la mantención de la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas. El manejo psicofarmacológico es condición fundamental pero no única. Los fármacos incluyen a los que disminuyen la sintomatología afectiva, los que previenen el episodio agudo, y los que son complemento en distintas circunstancias clínicas en el curso de la enfermedad. Ureste Parra, M.V., (2022).

El profesional del enfermería en salud mental desempeñan un papel importante en lo relativo a la integración psicosocial de los pacientes con trastorno bipolar mediante intervenciones en su entorno de práctica clínica, siendo importante que las mismas no sean solamente un acto puntual, sino que requieran de una estructuración a lo largo del tiempo para permitir al paciente desarrollar las habilidades necesarias para gestionar las características de su enfermedad y adaptarse a los cambios presentes. Ureste Parra, M.V., (2022).

En relación a lo antes descrito el objetivo del estudio fue aplicar el proceso de atención de enfermería a una persona con Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco utilizando el Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR). Se utilizó como marco teórico conceptual el Modelo de Adaptación de Callista Roy; en la formulación de los diagnósticos de enfermería se empleó la Taxonomía de la NANDA-I, se establecieron resultados esperados considerando la Clasificación de Resultados (NOC) y finalmente, se llevaron a cabo las intervenciones de enfermería guiadas en el libro Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).



METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de caso cualitativo, descriptivo, transversal, observacional; el sujeto de estudio fue una persona en edad adulta de 25 años con patología Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos/ uso nocivo de múltiples drogas u otras sustancias, hospitalizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental en la sala de observación (sala A agudo mujeres), en Villahermosa, Tabasco, México. Los datos fueron recolectados con la Guía de Valoración de conductas y estímulos del Adulto del Modelo de Adaptación de Callista Roy, la exploración física, complementada con los registros clínicos de enfermería y el expediente clínico, en el periodo comprendido del 14 de agosto al 11 de septiembre del 2023.

Los datos recolectados fueron analizados empleando las etapas del Proceso de Atención de Enfermería tomando como marco referencial el Modelo de Adaptación de Callista Roy, previo consentimiento informado y autorizado por la institución de salud donde se aseguró la confidencialidad de acuerdo con los principios de la bioética. Posteriormente, se empleó la Taxonomía de la NANDA-I, la Clasificación de Resultados (NOC) y finalmente la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Consideraciones Éticas

Para asegurar la confidencialidad e integridad del sujeto de estudio se emplearon las siguientes consideraciones bioéticas:

a) Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación

- Art 13. Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el respeto a su dignidad, protección y a sus derechos y bienestar.
 - Art. 14. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
 - Art 17. Estudio como categoría I, investigación sin riesgo.
 - Artículo 20,21, 22 señalan la definición, naturaleza e intención del consentimiento informado.
- Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 2014.

b) Declaración de Helsinki

- Artículo 100.



- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación. Declaración de Helsinki. 2004.

c) Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política
- Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros. Código de ética. 2001

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descripción del caso

Paciente femenina de 25 años de edad, ingresada el 17 de agosto del 2023 al Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental a sala de observación (sala A agudo mujeres), con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos/ uso nocivo de múltiples drogas u otras sustancias

Antecedentes personales

En 2021, quince días después de su cesárea, la usuaria se muestra muy irritable, con agresividad auto y hetero dirigida, intentos de escaparse de la casa, rompiendo puertas y ventanas, con aumento en la velocidad del habla e ideas delirantes de daño en su contra, por lo que los familiares deciden acudir con un médico de servicios de salud, el cual le indica como tratamiento farmacológico carbamazepina 200mg cada 8hrs y olanzapina cada 12hrs, con aparentemente mejoría. No obstante, tras la mala dinámica familiar entre su esposo y familiares políticos, en julio de 2022, tuvo un intento de autolisis con la ingesta de 80 tabletas de carbamazepina que requirió atención de urgencia en el Hospital de Minatitlán en Veracruz.

Historia médica

Usuaria ingresada a consecuencia de mostrar periodos consecutivos de irritabilidad, con agitación psicomotriz, agresividad verbal y física en contra de la madre, durmiendo una hora al día, con intentos recurrentes de escaparse de la casa por las madrugadas. Los familiares manifestaron que un día antes de ser ingresada la usuaria verbalizo escuchar voces de tipo comando recibiendo ordenes de matarse, llevándola a tirarse del balcón de su casa, y, en consecuencia, adquirió una herida en región frontoparietal.

Valoración de enfermería con el Modelo de Adaptación de Callista Roy:

1. Modo adaptativo: Fisiológico:

a) Necesidad de Oxigenación

Conducta ineficaz: Refiere presentar dificultad para respirar cuando se siente ansiosa al escuchar voces de tipo comando que la ordenan que se quite la vida. Fue ingresada al hospital por haber tenido un intento de suicidio al tirarse desde el balcón de su casa al escuchar ese tipo de voces.

Estímulos: Focal: La psicosis presente tiene como síntoma alucinaciones auditivas que provoca ansiedad y por consecuencia dificultad para respirar al no lograr entender porque las voces le ordenan que realice ciertas acciones.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador-cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido

b) Necesidad de Nutrición

Conducta ineficaz: Ha existido una pérdida de peso de 5 kg en 2 meses debido a que no llevaba un régimen nutricional adecuado. Presenta un Peso de 55 kg, Talla 1.50 cm, obteniendo un IMC de 24.4 kg/m², por lo que según la tabla de IMC se encuentra en un peso normal.

Estímulos: Focal: No tiene un familiar cercano que se asegure que consuma sus alimentos correctamente diarios. Cuando está en una fase depresiva o maniaca realiza otras actividades durante el día que olvida consumir alimentos adecuadamente.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador

Nivel de adaptación: Compensatorio

c) Necesidad de Eliminación

Conducta ineficaz: En ocasiones presenta salida de orina involuntaria debido a los errores de conducta que refiere.

Estímulos: Focal: La persona con psicosis además de presentar delirios y alucinaciones puede tener dificultad para distinguir entre la realidad y la fantasía comportándose de forma inapropiada.

Proceso de afrontamiento: Subsistema cognitivo

Nivel de adaptación: Compensatorio

d) Necesidad Actividad y Reposo

Conducta ineficaz: Fue ingresada al hospital por llevar una semana durmiendo solo 1 o 2 horas al día. La persona muestra errores de conducta (quitarse la ropa y caminar desnuda por toda la sala, vestir y desvestir las camas). Se observan alucinaciones místico religiosas mientras intenta dormir. Se observan temblores en las manos como efecto adverso de la medicación. Cuenta con prescripción de medicamentos para poder dormir (clonazepam y diazepam). Muestra irritabilidad, se observa dificultad para concentrarse.

Estímulos: Focal: El no dormir durante un día puede desencadenar síntomas similares a los de la esquizofrenia en algunas personas experimentando alucinaciones.



Proceso de afrontamiento: Subsistema cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido

e) Necesidad de Protección

Conducta ineficaz: Se observa herida en región frontoparietal (la cual es resultado de haberse aventado del balcón de su casa).

Estímulos: Contextual: Un intento de suicidio puede ocurrir como resultado de escuchar voces de tipo comando que ordenan quitársela vida.

Proceso de afrontamiento: Subsistema cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido

f) Procesos Complejos: Sentidos

Conducta ineficaz: Ha presentado cambios en la audición, refiriendo escuchar voces de tipo comando acompañado de ideas de grandiosidad “yo puedo escuchar y hablar con ángeles y demonios, son tres demonios que pueden hablarme”. Se observa mirada perpleja.

Estímulos: Contextual: Psicosis y las alucinaciones auditivas.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador

Nivel de adaptación: Compensatorio

g) Proceso Complejo: Función Neurológica

Conducta ineficaz: Externa ideas sobrevaloradas. Se muestra confusa. Se encuentra intranquila, con llantos esporádicos, lenguaje incoherente.

Estímulos: Contextual: La psicosis muestra como síntomas lenguaje incoherente y llantos esporádicos. La intranquilidad de la paciente se debe a la ansiedad que expresa por las alucinaciones auditivas.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador-cognitivo

Nivel de adaptación: Compensatorio

2. Modo adaptativo Autoconcepto

Conducta ineficaz: “Me siento triste porque extraño a mi hijo, también me siento cobarde por tomarme 80 carbamazepina, ya no quería seguir viviendo porque no quería ser una inútil para mi hijo” comenta. La persona señala sentirse débil porque no duerme. Como consecuencia de su enfermedad refiere sentirse triste y que lo único que necesita es sanar pronto para volver a casa y cumplir la revelación que



se le muestra en sus sueños. Se preguntó a la persona cuales eran sus aspiraciones como persona, al darle un ejemplo de que una aspiración podía ser criar a su hijo y verlo crecer respondió “Esta mejor con mi suegra porque yo no nunca puedo cuidarlo porque me pongo mal”. La persona se cuestiona el porqué de sus cambios de ánimo, no comprende aun cual sea la razón, lo único que sabe es que está enferma y tiene que tomar sus medicamentos.

Estímulos: Contextual: Las personas con trastorno afectivo bipolar tienen sentimientos de baja autoestima porque sienten que su enfermedad no les permite tomar decisiones correctas en su vida.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador-cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido

3. Modo adaptativo: Modo función de Rol

Conducta ineficaz: El principal rol que desempeña dentro de la familia es el de esposa y madre. Su rol de paciente afecta su desempeño todos los días debido a que por lo fluctuante que se muestra no puede realizar actividades de la vida diaria. Fuera del hospital, tiene muy poca red de apoyo en el tratamiento de su enfermedad, lo que le impide cumplir con sus roles cuando se encuentra en alguna fase ya sea maniaca o depresiva.

Estímulos: Contextual: Una persona con diagnostico psiquiátrico en el cual tienen cambios muy marcados del estado de animo puede ser un impedimento para cumplir con sus roles dentro de la sociedad.

Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador-cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido.

4. Modo adaptativo: Modo de Interdependencia

Conducta ineficaz: La paciente no toma correctamente el tratamiento farmacológico indicado, existiendo una recaída en los síntomas debido a que no tiene un sistema de apoyo para realizar sus metas. “No tengo ningún tipo de relación, ni amigos, solo a veces platico con mi familia” comenta. La usuaria refiere que su esposo la abandono cuando ella empezó a sentirse deprimida.

Estímulos: Contextual: La poca red de apoyo fuera del hospital, sus familiares se alejan cuando presentan síntomas depresivos o psicóticos.



Proceso de afrontamiento: Subsistema regulador-cognitivo

Nivel de adaptación: Comprometido

En relación a lo antes descrito, a continuación, se presenta el Plan de Cuidados Enfermería de los diagnósticos de enfermería priorizados:

Tabla 1. Plan de cuidados de Enfermería: Insomnio

Dominio: 4. Actividad/Reposo	
Clase: 1. Sueño/reposo	
Código DE DX: 00095	
Definición: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño, lo que afecta el funcionamiento.	
Formulación del diagnóstico: Insomnio r/c Ansiedad (Se siente ansiosa al escuchar voces de tipo comando que le ordenan quitarse la vida), síntomas depresivos (como consecuencia de su enfermedad refiere sentirse triste), abuso de sustancias (antecedentes de consumo de drogas tales como son cristal, heroína, marihuana, hongos y tinner), Mujeres (sexo femenino), m/p alteración en el estado anímico (se muestra irritable, intranquila, con llantos esporádicos), expresa insatisfacción con el sueño (fue ingresada al hospital por llevar una semana durmiendo de 1 a 2 horas al día), deterioro del estado de salud (se encuentra en episodio psicótico, observándose alucinaciones místico religiosas al intentar dormir).	
Clasificación de los resultados NOC: Sueño. 0004.	
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: <u> 5 </u> Aumentar a: <u> 25 </u>	
Indicadores: <ul style="list-style-type: none">-Horas de sueño-Patrón del sueño-Duerme toda la noche-Dificultad para conciliar el sueño-Sueño interrumpido	Escala de medición: <ul style="list-style-type: none">- Gravemente comprometido: 1- Gravemente comprometido: 1- Gravemente comprometido: 1- Grave: 1- Grave: 1
Clasificación de las intervenciones (NIC): Administración de medicación. 2300.	
<ul style="list-style-type: none">▪ Mantener y utilizar un ambiente que maximice la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.▪ Evitar las interrupciones al preparar, verificar o administrar las medicaciones.▪ Seguir las reglas de la administración correcta de medicación.▪ Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.▪ Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.▪ Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos antes de administrarla, según sea apropiado.	
Evaluación Cualitativa: La persona logró en un periodo de tres semanas pasar de un nivel comprometido a un nivel compensatorio en relación al insomnio, ya que durante su estancia en la institución de salud se trataron los estímulos (ansiedad, síntomas depresivos, consumo de sustancias) que lo desecandenaban. La intervención de enfermería en la administración de medicación fue eficaz para disminuir las conductas ineficaces presentes en la persona.	

Tabla 2. Plan de cuidados de Enfermería: Confusión aguda

Dominio: 5. Percepción/cognición.	
Clase: 4. Cognición.	
Codigo DE DX: 00128	
Definición: Trastornos reversibles de la conciencia, la atención, la cognición y la percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo y duran 3 meses.	
Formulación del diagnostico: Confusión aguda r/c Abuso de sustancias (antecedentes de consumo de drogas tales como son cristal, heroína, marihuana, hongos y tinner), m/p Alucinaciones (refiere escuchar y hablar con ángeles y demonios), agitación psicomotriz (Se torna irritable entre ratos), disfunción cognitiva (dificultad para concentrarse, mirada perpleja, externa ideas sobrevaloradas).	
Clasificación de los resultados NOC: Nivel de delirio. 0916.	
Puntuacion Diana del resultado: Mantener a: <u> 9 </u> Aumentar a: <u> 45 </u>	
Indicadores:	Escala de medición:
-Desorientación personal	-Grave:1
-Dificultad para mantener la atención	-Grave:1
-Verbalización sin sentido	-Grave:1
-Inquietud	-Grave:1
-Agitación	-Grave:1
-Trastorno del patrón sueño-vigilia	-Grave:1
-Estado de animo lábil	-Grave:1
-Alucinaciones	-Grave:1
-Delirios	-Grave:1
Clasificación de las intervenciones (NIC): Manejo del delirio. 6440.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio. ▪ Identificar y documentar el subtipo motor del delirio (p. ej., hipoactivo, hiperactivo y mixto). ▪ Monitorizar el estado neurológico de conforma continua. ▪ Utilizar a los familiares o a voluntarios del hospital para vigilar a los pacientes agitados en lugar de usar sujeciones. ▪ Reconocer los miedos y sentimientos del paciente. ▪ Proporcionar una seguridad optimista pero realista. ▪ Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro. ▪ Evitar exigencias de pensamientos abstractos si el paciente solo puede pensar en términos concretos. ▪ Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra y confunde al paciente. ▪ Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación, pero limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos. ▪ No invalidar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio (p. ej., alucinaciones o ideas delirantes). ▪ Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras. ▪ Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal. ▪ Mantener un ambiente libre de peligros. ▪ Colocar un brazalete de identificación al paciente. ▪ Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas si es necesario. ▪ Utilizar sujeciones físicas, si es necesario. ▪ Evitar frustrar al paciente con preguntas de orientación que no puede responder. ▪ Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario. 	
Evaluación cualitativa: La persona logró en un periodo de dos semanas disminuir el nivel delirio y confusión aguda, tratando estímulos que lo desencadenaban (abuso de sustancias). Las intervenciones de enfermería en el manejo del delirio fueron eficaz para disminuir las conductas ineficaces en la persona.	

Tabla 3. Plan de cuidados de Enfermería: Riesgo de conducta suicida

Dominio: 11. Seguridad/Protección	
Clase: 3. Violencia.	
CODIGO DE DX: 00289	
Definición: Susceptible a actos autolesivos asociados con la intención de morir.	
Formulación del diagnóstico: Riesgo de conducta suicida r/c control de impulsos ineficaz (se muestra irritable entre ratos), abuso de sustancias (antecedentes de consumo de drogas), síntomas depresivos (se muestra confusa, intranquila, triste), ideación suicida (escucha voces de tipo comando que le ordenan quitarse la vida), apoyo social inadecuado (fuera del hospital tiene muy poca red de apoyo), personas con antecedentes de intentos suicidas (hace un año y seis meses tomo pastillas con intención suicida), desordenes metales (Trastorno afectivo bipolar con brote psicótico). CA Depresión (se siente triste, sin objetivos en la vida), desórdenes mentales (diagnóstico de trastorno afectivo biopolar).	
Clasificación de los resultados NOC: Autocontrol del impulso suicida. 1408.	
Puntuación Diana del resultado: Mantener a: <u>15</u> Aumentar a: <u>35</u>	
Indicadores:	Escala de medición:
-Expresa sentimientos	-A veces demostrado: 3
-Mantiene vinculaciones en las relaciones	-Raramente demostrado: 2
-Verbaliza ideas de suicidio	-Frecuentemente demostrado: 4
-Verbaliza control de impulsos	-Raramente demostrado: 2
-Utiliza recursos para la prevención de suicidio	-Raramente demostrado: 2
-Utiliza los servicios de salud mental disponibles.	-Raramente demostrado: 2
Clasificación de las intervenciones (NIC): Prevención del suicidio. 6340.	
<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, ideas delirantes, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastorno de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).▪ Administrar medicación para disminuirla ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.▪ Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se guarda la medicación en la boca para más adelante intentar una sobredosis.▪ Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), según corresponda.▪ Iniciar las precauciones contra el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.▪ Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.▪ Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas con llave y sean irrompibles, según corresponda.▪ Observar, registrar e informar de cualquier cambio del estado de ánimo o de conducta que pueda aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.	
Evaluación cualitativa: La persona logró en un periodo de tres semanas pasar de un nivel comprometido a un nivel compensatorio en relación al riesgo de la conducta suicida, ya que durante su estancia en la institución de salud se trataron los estímulos (ansiedad, síntomas depresivos, consumo de sustancias) que lo desecandaban. La intervención de enfermería en la administración de medicación fue eficaz para disminuir las conductas ineficaces presentes en la persona.	

CONCLUSIONES

La aplicación del MAR como base teórica nos permitió aplicar el PAE desde una perspectiva psicosocial, impulsando el cuidado integral dentro del escenario clínico. Las intervenciones aplicadas por el personal de Enfermería resultaron eficaces, promoviendo estrategias de afrontamiento, donde los elementos del paradigma de enfermería (entorno, persona, salud y enfermería) interaccionan para lograr la adaptación de la persona coincidiendo con lo descrito por Roy en su modelo de Adaptación. Analizando comportamientos y expresiones verbales se concluyó que la persona requiere de elementos externos como redes de apoyo familiar para desarrollar estrategias de afrontamiento más sostenible, siendo tan importante que la persona continúe su tratamiento farmacológico fuera de casa para que no existan recaídas en su sintomatología. Se observó y se analizó que la persona dentro de la estancia hospitalaria al llevar un tratamiento farmacológico correcto e integrarse a actividades ocupacionales logró una adaptación favorable, en este sentido, se concluye que promover la adaptación implica un proceso complejo en la praxis de enfermería porque implica comprender los sentimientos, emociones y el significado que tiene la persona sobre su enfermedad; y finalmente, se traduce en identificar y atender las necesidades psicológicas y espirituales de la persona aplicando el cuidado humanizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Código de ética. 2001. 27 de junio de 2024. (México).

Declaración de Helsinki. Art 100 de 2004. 27 de junio de 2024. (México).

García Blanco, A. C., Sierra, P., Livianos L., (2019) Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar. Elsevier, 21(3). 89-94. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones | Psiquiatría Biológica | Psiquiatría Biológica (elsevier.es)

García García, E. X., (2023) Aplicación del modelo de Callista Roy como herramienta de adaptación al estrés. [Archivo PDF]. Garcia Garcia Evelyn Xiomara.pdf (uta.edu.ec)

Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Clasificación de intervenciones de Enfermería NIC. Séptima edición. Barcelona, España. Elsevier.

López Romo, Y. E., Cumbajin Montatixe, M. E., Garayalde Suárez, D. C., Villa Solís, L. F., & Villarroel López, J. M. (2022). Proceso enfermero en shock hipovolémico: una revisión



sistemática. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4602-4619.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1962

Martínez, O., Montalván O., (2019) Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas, 41(2). 1684-1824. Microsoft Word - rme14219 (medigraphic.com)

Moorhead Sue, Swanson Elizabeth, Jhnson Marion, L. Maas Meridean. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sexta edición. Barcelona España. Elseiver.

Nava-Portillo, D.C., Olvera-Arreola, S.S., Cadena-Estrada, J.L., (2019). Atención de enfermería a un adulto con cardiopatía congénita basada en el modelo de adaptación de Callista Roy. [Archivo PDF]. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2015/en153d.pdf>

Pereira de Melo. R., Venícios de Oliveira. M., Leite de Araujo. T., Gimenez Galvão. M.T., (2021). Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario. [Archivo PDF].
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/17455/1/Cultura_Cuidados_29_08.pdf

Pinargote Chancay, R. R., Villegas Chiriboga, M. E., Yasmin Alejandra, Y. A., Merino Conforme, M. C., Alonso Muñiz, G. R., Jaime Hernandez, N. K., Riofrio Pinargote, C. A., Quijije Segovia, S. K., Alcarzar Pichucho, T. M., Pincay Pin, V. E., (2018). Fundamentos Teóricos y Prácticos de Enfermería. [Archivo PDF]. fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf (mawil.us)

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Art. 13, 14, 17, 20, 21, 22 de 2014. 02 de junio de 2014. (México).

Roy, M. D., (2021). Proceso de atención de enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. [Archivo PDF]. (PDF) OCTUBRE 2001 495 Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy | Enric Val Gar - Academia.edu

T. Heaather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos Enfermeros. 2021-2023. Barcelona: Elsevier

Ureste Parra, M.V., (2022). El papel de los profesionales de Enfermería en el cuidado de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. [Archivo PDF]. Microsoft Word - Maria Victoria Ureste Parra - FINAL CORREGIDO.doc (uam.es)

