



# Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso.

**M<sup>a</sup> Luisa Oreja Vázquez**

Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital psiquiátrico de Zamudio

**Concepción Alegre De Vega**

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Galdakao

## Resumen

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este proceso es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración se puede realizar desde diversos modelos de enfermería, el más conocido es la valoración de las necesidades de Virginia Henderson, sin embargo en Salud Mental se adapta mejor la valoración a través de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

El uso de las interrelaciones NANDA, NOC, NIC en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería permiten a los profesionales disponer de un lenguaje común para comunicar lo que realizamos: cuáles son los diagnósticos formulados, qué resultados esperamos y qué intervenciones realizamos para conseguirlos.

Mostraremos un caso práctico.

**Palabras clave:** Proceso de Atención de Enfermería, Patrones Funcionales, Metodología Enfermera, Interrelaciones, diagnósticos, resultados, intervenciones.

## Introducción

Actualmente los cuidados enfermeros se realizan a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método parte de la aplicación del método científico y permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes en 1955, con Hall, quién por primera vez considera el conjunto de cuidados enfermeros como un proceso. Desde entonces, diferentes autoras (Johnson, Orlando, Roy,

Aspinall, y otros) lo han ido perfeccionando llegando así al que conocemos actualmente.

El PAE es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Al igual que en el método científico, metodológicamente, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, estos pasos se estudian de forma individual pero en la práctica se superponen.



1. **Valoración:** recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. **Diagnóstico de Enfermería:** juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. **Planificación:** estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. **Ejecución:** realización de los cuidados programados.
5. **Evaluación:** comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

## Desarrollo del PAE

1. La **VALORACIÓN** del paciente puede ser realizada desde diferentes modelos de enfermería. Actualmente, el más utilizado es el de Virginia Henderson, basado en 14 necesidades humanas básicas, no obstante, en la metodología del caso clínico que desarrollaremos a continuación, el modelo elegido es el de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, debido a que incluye nuevas tendencias, y además, resulta más específico para la valoración en los pacientes de salud mental. Este modelo enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son interactivas e independientes. Toda esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos Patrones Funcionales que están alterados, o en peligro de alteración para, posteriormente, determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

## Patrones Funcionales de M. Gordon

### PATRÓN 1: Percepción–manejo de la salud

Este Patrón describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo, la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.)

### PATRÓN 2: Nutricional–metabólico

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

### PATRÓN 3: Eliminación

Describe el Patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción (laxantes, diuréticos...) y características de las excreciones.

### PATRÓN 4: Actividad–ejercicio

Este Patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

### PATRÓN 5: Sueño–descanso

Describe los Patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.



#### PATRÓN 6: Cognitivo–perceptual

En él se describe el Patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. En este Patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

#### PATRÓN 7: Autopercepción–autoconcepto

Describe el Patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el Patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postura corporal, contactos oculares, etc.).

#### PATRÓN 8: Rol–relaciones

Incluye este Patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

#### PATRÓN 9: Sexualidad–reproducción

Describe los Patrones de satisfacción o insatisfacción referidos a la sexualidad, y así mismo, el Patrón reproductivo y todo lo relacionado con éste.

#### PATRÓN 10: Adaptación–tolerancia al estrés

Describe el Patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

#### PATRÓN 11: Valores–creencias

Describe los Patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la

vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

2. Una vez determinados los patrones alterados, se procede a formular los **Diagnóstico** utilizando la Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros de la (**NANDA**) North American Nursing Diagnosis Association. La **NANDA** (asociación enfermera para la normalización de la terminología de enfermería fundada en 1973 cuya clasificación diagnóstica tuvo reconocimiento profesional debido a una publicación en la revista *Nursing* por la American Nurses Association (ANA) en 1980) define el diagnóstico enfermero (juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales) y proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras y obtener los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.
3. Tras formular los diagnósticos enfermeros pasamos a la **Planificación de los Cuidados** aplicando la Clasificación de los Resultados Enfermeros **NOC** (Nursing Outcomes Classification). La **NOC** es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente. El resultado es un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera. Se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados).
4. Una vez planificados los cuidados se pasa a realizar la **Ejecución** de las actividades y se hace en base a la Clasificación de Intervenciones Enfermeras **NIC**. La **NIC** (Nursing Interventions Classifications) muestra cómo la ejecución de cuidados se hace a través de las diferentes intervenciones de enfermería. Es una clasificación global y estandarizada de intervenciones enfermeras, éstas son todas aquellas conductas que los profesio-



nales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar a un resultado deseado.

5. En la fase de **Evaluación** vamos a valorar los cuidados enfermeros con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas a estudio. Las tres posibles conclusiones a las que podremos llegar son las siguientes:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

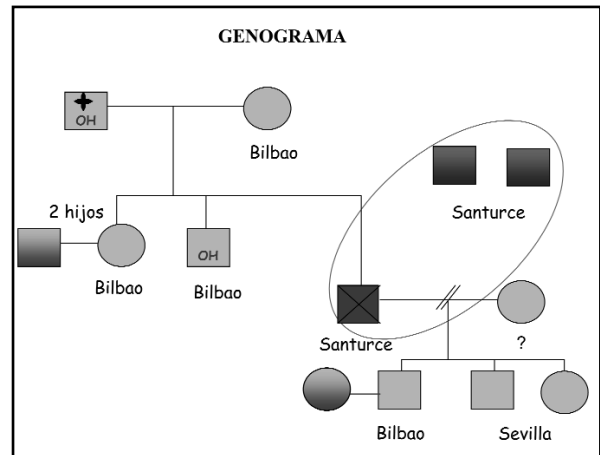
## A propósito de un caso

Con el fin de preservar la intimidad del paciente tan sólo es cierta la sintomatología, el resto de los datos son ficticios.

### I. Valoración

- Varón de 50 años derivado por su MAP (Médico de Atención Primaria) por trastorno ansioso-depresivo desencadenado por accidente laboral.
- Acude sólo.
- Separado desde hace años, no mantiene ningún contacto con su ex-mujer en la actualidad.
- Padre de dos hijos y una hija con los que mantiene relación ocasionalmente.
- Familia de origen: padre fallecido, la madre vive con su hijo mayor (soltero) y tiene una hermana casada. Sólo se relaciona con ellos en acontecimientos puntuales.
- Escasa red social verbalizando sentimientos de soledad. Tiene amigos con los que apenas sale debido a su escasa afinidad.

- Actualmente vive con dos compañeros de piso por motivos económicos, al no poder hacer frente el sólo al alquiler de la vivienda.
- Refiere alteración del sueño (despertar precoz), hiporexia, pérdida de concentración, anhedonia, astenia, sensación de opresión precordial, ansiedad, e hipotimia.
- Relata preocupación por su futuro laboral debido a que el día siguiente del accidente pierde el empleo. Además debe asumir el arreglo de los desperfectos ocasionados en el camión, deuda a la que no puede hacer frente. Reticente a dar datos sobre el suceso. Le han retirado el carnet de conducir. Se sospecha que conducía en estado de embriaguez, aunque el no lo verbaliza y se muestra huidizo al abordar el tema.



### Antecedentes:

- Familiares: Padre y hermano mayor Dependencia OH.
- Personales:
  - Médico-quirúrgicos: Apendicectomizado
  - Psiquiátricos: No refiere.

Tratamiento farmacológico:

Antidepresivos.



Otros datos de interés:

- Fumador de 20 cigarrillos/día.
- Bebedor ocasional.
- Alergias no conocidas.

## Valoración de necesidades:

Patrón 1: Percepción–manejo de la salud

Se sospecha consumo de OH, no lo verbaliza y lo minimiza. No desea hablar del motivo por el cual le retiraron el carnet de conducir tras el accidente.

Patrón 2: Nutricional–metabólico

Hábitos alimenticios desorganizados.

Patrón 3: Eliminación

Dentro de la normalidad.

Patrón 4: Actividad–ejercicio

Actualmente tendencia a la inactividad y aislamiento.

Patrón 5: Sueño–descanso

Insomnio de despertar precoz.

Patrón 6: Cognitivo–perceptual

No presenta alteraciones.

Patrón 7: Autopercepción–autoconcepto

Desbordado por su situación actual. Tiende a mantener la compostura bajo un discurso “intelectualoide” y con cierta verborrea cargada de halagos en la entrevista. Se aprecia un fondo de tristeza en la situación de soledad en la que se encuentra.

Patrón 8: Rol–relaciones

Tendencia al aislamiento.

Patrón 9: Sexualidad–reproducción

No desea hablar de sus relaciones de pareja

Patrón 10: Adaptación–tolerancia al estrés

Incapacidad para manejar situación actual.  
No apoyo familiar.

Patrón 11: Valores–creencias

No verbaliza nada al respecto.

A pesar de ser varios los patrones en los que podríamos prestar cuidados enfermeros, para realizar una adecuada intervención, priorizaremos aquellos en los que queremos trabajar.

Utilizaremos las interrelaciones NANDA, NOC y NIC para ello.

## INTERRELACIONES:

**2. NANDA**

**3. NOC**

**4. NIC**

Formularemos los diagnósticos enfermeros (NANDA) y desarrollaremos los resultados (NOC) e intervenciones correspondientes (NIC).

Cada diagnóstico de la NANDA puede precisar de uno o más NOC (resultados, objetivos) para ser eliminado y cada NOC, a su vez, puede necesitar uno o más NIC para ser conseguido.

### PATRON 1: PERCEPCIÓN–MANEJO DE LA SALUD

#### NANDA:

##### **00099 Mantenimiento inefectivo de la salud**

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud M/P falta de una conducta adaptativa y R/C afrontamiento individual ineficaz.

**NOC: Conducta de fomento de la salud (1602)**

**NIC: Aumentar el afrontamiento (5230)**

- Se le anima a expresar sentimientos, percepciones y miedos, apoyando sus puntos fuertes y sus capacidades para resolver los problemas de forma constructiva.
- Se le ayuda a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida.

**NIC: Facilitar la responsabilidad consigo mismo (4480)**

- Se habla con él para averiguar si tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud, y se fomenta la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad



de sus cuidados. Se establecen límites ante sus conductas manipuladoras.

- Se proporciona una respuesta positiva a la aceptación de responsabilidad adicional y/o a un cambio de conducta.

**NIC: Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500)**

- Se ayuda al paciente a tolerar mejor los momentos de estrés, proporcionándole educación sanitaria.
- Se le ayuda a identificar estrategias de sustitución para disminuir tensiones.
- Fomentamos la toma de decisiones responsables en la elección del propio estilo de vida.

**PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO**

**NANDA:**

**00120 Baja autoestima situacional**

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía como respuesta a una situación actual M/P sentimiento de desesperanza e incapacidad para afrontar los acontecimientos y R/C cambios de rol social y falta de reconocimiento en el trabajo.

**00120 Baja autoestima situacional**

**NOC: Autoestima (1205)**

**NIC: Potenciación la autoestima (5400)**

- Se le anima a aceptar nuevos desafíos con la confianza de ser capaz de superar los obstáculos.
- Fomentamos el aumento de responsabilidad consigo mismo.
- Reforzamos logros positivos.

**NIC: Apoyo emocional (5270)**

- Se comenta con el paciente la respuesta emocional y su desencadenante.
- Se le ayuda a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese, manifestándole apoyo.

**PATRON 8: ROL-RELACIONES**

**NANDA:**

**00053 Aislamiento social**

Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa y amenazadora M/P falta de personas significativas de soporte y R/C incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.

**00053 Aislamiento social**

**NOC: Soporte social (1504)**

**NIC: Aumentar los sistemas de apoyo (5540)**

- Se anima al paciente a que participe en diferentes actividades con otras personas que tengan intereses comunes, fomentando las relaciones con los demás.

**NIC: Potenciación de socialización (5100)**

- Se le apoya de forma positiva cuando mantiene relaciones con los demás.
- Se le ayuda a aumentar la conciencia de sus virtudes y comunicación con los demás.

**00053 Aislamiento social**

**NOC: Soledad (1203)**

**NIC: Dar esperanza (5310)**

- Se le enseña a reconocer la realidad estudiando la situación y a poder hacer planes que le den esperanza en el presente y en el futuro.
- Se destaca la importancia de las relaciones con los seres queridos.
- Se destaca lo positivo de mantener relaciones sanas con los demás.

**5. EVALUACIÓN:** una vez realizadas las intervenciones, evaluaríamos la consecución de los resultados esperados y modificaríamos aquellas intervenciones que no hayan sido efectivas. Volveríamos a realizar la valoración, trabajando aquellos patrones que consideremos prioritarios en esta nueva fase.



## Conclusiones

Las taxonomías NANDA, NOC, NIC (reconocidas por la ANA American Nurses Association) surgen de la necesidad de estandarizar lenguajes enfermeros.

- Los Diagnósticos desarrollados por la NANDA.
- La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).
- La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Las interrelaciones NANDA, NOC, NIC permiten a los profesionales:

- Disponer de un lenguaje para comunicar lo que realizamos.
- Recoger y analizar la información, documentando la contribución enfermera al cuidado del paciente.
- Facilitar la evaluación y la mejora de los cuidados enfermeros.
- Favorecer el desarrollo del conocimiento enfermero.

La relación de los tres lenguajes proporciona ayuda a los profesionales para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para sus pacientes, en relación con los diagnósticos enfermeros.

Trabajar las taxonomías e interrelaciones es complicado en la teoría, resultando más sencillo en casos prácticos. Se aprecia como imprescindible trabajar con programas informáticos de gestión de cuidados que los integren, ya que de forma manual se hace excesivamente complejo. Lo novedoso unido a la falta de práctica hace que, al principio, requiera más tiempo y esfuerzo que el trabajo con los planes de cuidados estandarizados actuales.

El uso de una metodología adecuada está unido al desarrollo profesional y las tres taxonomías nos ayudan al proceso de mejora continua y facilita el trabajo. Permite estandarizar e individualizar planes de cuidados. Los registros son fundamentales para la unificación de criterios, mejora de la atención y el seguimiento, comunicación interprofesionales, evitar la duplicidad de los cuidados y favorecer la evaluación.

### Contacto:

marisa.oreja@hotmail.com

concepcion.alegrevega@osakidetza.net



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tejedor, MJ, Etxabe MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: editorial Glosa; 2008.
2. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, et al. NANDA, NOC, and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes & interventions. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 2005.
3. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: planes de cuidados. Buenos Aires. Edit.. Médica Panamericana; 2005.
4. Gordon M. Patrones funcionales [Internet]. Madrid: Consejo Gral. de Enfermería. [consultado 9 de abril de 2008]. Disponible en [http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense\\_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones\\_funcionales\\_mgordon.pdf](http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf)
5. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007; 18(1): 5-17.
6. Planificación de cuidados. [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía, Área de Enfermería. [consultado 16 de abril de 2008]. Disponible en : [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/metodo\\_cuidados.html](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/metodo_cuidados.html)
7. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma.; 1992.
8. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona. Edit. Masson; 2006.