

***Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las
Taxonomias Enfermeras en
Unidades de Hospitalización Psiquiátrica***

**Mercedes Ugalde Apalategui y M^a Teresa Lluch Canut
(Eds.)**

Julio, 2011

Para citar esta obra:

Ugalde Apalategui, M. y Lluch Canut, M.T. (Eds.) (2011). Estudio multicentrico del uso y utilidad de las taxonomias enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Diposit Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca. Disponible en <http://hdl.handle.net/2445/19207>

Esta obra esta sujeta a la licencia de: Reconocimiento-NoComercial-SinObra Derivada



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>

Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Investigador principal: Mercedes Ugalde Apalategui *
Profesora Titular. Departament d'Infermeria de Salut Publica, Salut Mental i Materno-Infantil. Escola d'Infermeria Universitat de Barcelona. Miembro de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

Miembros del equipo investigador:

María Teresa Lluch Canut #
Isabel Alonso Durana +
Esther Atienza Rodríguez +++
Judith Balaguer Sancho +++
Raquel Bourza Pita **
M^a Isabel Cabellos García ***
Roser Cadena Caballero ++
Rosario García Carrascosa **
Rosa M^a Gonzalez Gutierrez **
María Honrubia Pérez *
Belen Lizalde Ibáñez +
Francisca Lopez Montoro ++
M^a Isabel Márquez Romero ***
Elvira Martínez Masegosa ***
Flora Murua Navarro +
Assumpta Rigol Cuadra *
Juan Francisco Roldán Merino ****
Pilar Sabater Mateu *
Alicia Sánchez Linares ++
Marta Sierra García ***
M^a Carmen Vilchez Esteve +++

Catedrática. Departament d'Infermeria de Salut Publica, Salut Mental i Materno-Infantil. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Directora de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

Profesoras Titulares. Departament d'Infermeria de Salut Publica, Salut Mental i Materno-Infantil. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Miembros de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

** Enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. SERGAS. A Coruña.

*** Enfermeras de Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López. Diputació de Barcelona.

Miembros de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

**** Enfermero Responsable de Calidad Asistencial. Centres de Salut Mental. Sant Joan de Deu, Serveis de Salut Mental. Barcelona. Miembro de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

+ Enfermeras del Hospital Psiquiátrico y Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava. Osakidetza. Vitoria.

++ Enfermeras del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

+++ Enfermeras del Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. Miembros de la Red de Investigación [Enfermería en Salud Mental y Adicciones](#).

NOTA. Este estudio finalizó en el año 2007. La relación de las categorías profesionales del equipo investigador así como la denominación de los centros asistenciales corresponde a la fecha de finalización.

BECARIAS:

Keila Cuenca Royo *

Nuria Flores Gudiño *

Raquel Gutierrez Grau *

Jessica Hinojosa Cano *

Alba Mestres Tarrés **

* Alumnas de Enfermería. Escola d'Infermeria Universitat de Barcelona.

** Enfermera. Alumna de Antropología. Facultat de Geografia i Historia. Universitat de Barcelona.

AGRADECIMIENTOS:

A todos aquellos que luchan por salir del pozo negro que es la enfermedad mental.

A los equipos de enfermeras que con su trabajo cotidiano, han contribuido en gran manera a este estudio.

A los equipos directivos que nos han prestado todo el soporte institucional: Hospitales, Universidad, Escuela y Departamento.

Al Profesor Antoni Sans i Martín por su calidad humana (y estadística).

Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las Taxonomías Enfermeras en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

PROYECTO FINANCIADO POR: Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud (Plan Nacional de I+D+I 2004-2007). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo (nº expediente: PI05/90132).



Unidad de Enfermería de Salud Mental.
Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil.
Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona



Centros Asistenciales de Salud Mental Benito Menni (Sant Boi de Llobregat, Barcelona)



Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López (Santa Coloma de Gramanet, Barcelona)



Unidad de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)



Unidad de Psiquiatría de Agudos.
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (A Coruña)



Hospital Psiquiátrico y Red Extrahospitalaria de Salud Mental (Alava)

INDICE	
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	8
MÉTODO	8
Diseño	8
Sujetos de estudio	8
Variables	9
a) Variables referidas a las características de los centros estudiados	9
b) Variables referidas a las características generales de los sujetos	10
c) Variables referidas a los sistemas de nomenclatura o taxonomías enfermeras utilizadas en los Planes de Cuidados de Enfermería	10
d) Variables referidas a los Diagnósticos Médicos y de Enfermería	11
Procedimiento para la realización del estudio	12
a) Revisión documental	12
b) Recogida de datos	12
Análisis de datos	13
Limitaciones principales	13
RESULTADOS	15
Características de los centros estudiados	15
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA	17
Resultados relativos a las características generales de la muestra	17
ESTUDIO DE RELACIONES	19
Comparación de las Edades por Centro	19
Distribución de Sexo según Centro	22
Distribución del tipo de Ingreso por Centro	23
Distribución del tipo de Alta por Centro	24
Comparación de Días de Ingreso por Centro	25
Variable Dependiente: Días de Ingreso	26
Descripción de Días de Ingreso por Sexo y por Centro	28
RESULTADOS RELATIVOS A LAS VARIABLES de Diagnósticos Médicos, GDRs y Etiquetas Diagnósticas de Enfermería	29
Diagnósticos Médicos Prevalentes CIE-9-CIM DSM-IV	29
Relación de Diagnósticos Médicos Prevalentes por Centro	31
Relación de Diagnósticos Médicos Prevalentes según Sexo	34
Diagnósticos Médicos por Días de Ingreso	36
Distribución de los GDR	37
Distribución de los GDR por Centros	38
Distribución de GDR según Sexo	39
GDR por Días de Ingreso	40
RESULTADOS RELATIVOS A LA VARIABLE “ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERÍA” (Taxonomía II NANDA, 2004)	41
Distribución de Diagnósticos de Enfermería para el total de la muestra	42
Diagnósticos de Enfermería Prevalentes. Taxonomía II NANDA2004	44
Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes / Diagnósticos Médicos Prevalentes	46
Diagnósticos de Enfermería Prevalentes por Centro	48
Distribución de Diagnósticos Enfermería Prevalentes según Sexo	51
Diagnósticos de Enfermería Prevalentes por Días de Ingreso	52

RESULTADOS RELATIVOS A LOS OBJETIVOS 1 Y 2	53
Relación de Sistemas utilizados para la identificación de Diagnósticos de enfermería, Objetivos / Resultados e Intervenciones por centros	54
RESULTADOS RELATIVOS AL OBJETIVO 3	55
Diagnósticos de Enfermería y GDR	56
DISCUSIÓN	57
CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXO 1 Códigos y Diagnósticos Médicos (CIE-9-CIM DSM-IV)	72
ANEXO 2 Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR) Categoría Diagnóstica Médica Principal al Alta (CIE-9-CIM DSM-IV)	75
ANEXO 3 Códigos y Etiquetas Diagnósticas (Taxonomía II NANDA 2004)	79
ANEXO 4 Códigos e Intervenciones NIC Seleccionadas (Hospital Dr. EMILI MIRA. Barcelona)	82
ANEXO 5 Búsqueda Bibliográfica relacionada con las Taxonomías Enfermeras en el ámbito de la Salud Mental y Psiquiatría	85
ANEXO 6 Distribución de los Diagnósticos de Enfermería por GDR	95

INTRODUCCIÓN

El desarrollo e implementación de instrumentos clínicos que fomenten la obtención de información fiable y válida, se ha convertido en la actualidad en un elemento crucial para cualquier disciplina clínica, en aras de proporcionar herramientas de diagnóstico fiables para la detección de las situaciones de salud que presentan los pacientes y para la verificación de la eficacia terapéutica de las intervenciones.

Esto ha supuesto un interés creciente por el uso y la validación de las taxonomías enfermeras en distintos ámbitos. Este auge de las taxonomías viene en parte fundamentado por el reconocimiento de que los criterios diagnósticos fiables son requisitos previos para poder realizar estudios epidemiológicos válidos, identificar los problemas más frecuentes que presentan los pacientes en distintos ámbitos sanitarios, demostrar las aportaciones que realizan las enfermeras para la mejora de la salud y por supuesto la planificación de los recursos asistenciales y humanos en los centros de salud y los costes atribuibles.

Prueba de ello, es la preocupación de los actuales responsables de la gestión sanitaria, en buscar la eficacia y la eficiencia, a través de la gestión de la calidad de los servicios, para garantizar un desempeño eficaz de las organizaciones, a través de las actividades y personas que intervienen en la atención a la salud de la población y de acuerdo a estos criterios, marcar las políticas de normalización de los métodos de trabajo en los servicios sanitarios, que puedan ser útiles para la planificación y evaluación de los cuidados de salud.

A lo largo de los últimos años, se ha producido en el ámbito de las Ciencias de la Salud, un incremento notable de recomendaciones, publicaciones y Guías de Práctica Clínica, que utilizan sistemas estandarizados de nomenclaturas y taxonomías, de igual manera, estas taxonomías forman la estructura de los Programas Informáticos que se están utilizando o que están en fase de desarrollo. (1, 2,3)

El marco de referencia del que partimos, tiene en cuenta diversos supuestos, entre ellos, los documentos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), respecto a los criterios de clasificación de las enfermedades. La Conferencia Internacional para la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aprobada en 1989 y adoptada en el año 1993 (CIE-10) recomendó que la OMS, se guíe por el concepto de “*familia de clasificaciones y problemas relacionados con la salud*”. Dado que la clasificación, presentaba ciertas dificultades de adaptación para algunas especialidades o para necesidades en el ámbito de Atención Primaria de Salud. La OMS y los centros colaboradores de la OMS, crean esta nueva revisión para obtener información necesaria para la salud en todos los niveles de asistencia y compensar las distintas necesidades en el ámbito de la salud pública (4).

Las aportaciones de la ANA (Asociación de Enfermería Norteamericana) y la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que a partir de 1987 estructuran el *Collaborative Group on Taxonomies/Classifications of Nursing Diagnoses* para alcanzar el consenso en la descripción de la práctica / ejercicio de la enfermería, proponen una proyección multidisciplinaria que favorezca la aceptación de sus conclusiones en un ámbito más amplio y presentan la versión específica de la taxonomía I NANDA: *Condiciones que Necesitan Cuidados de Enfermería* a través de la inclusión de esta versión de los diagnósticos de enfermería, en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS. (5). La OMS considera mas adecuada incluir la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería en el grupo de la Familia de Clasificación de la OMS, en concreto en el capítulo *Factores que influyen en el Estado de Salud y Contacto con los Servicios de Salud*. De igual forma, la OMS recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la taxonomía diagnóstica enfermera a nivel internacional, para que pueda ser incluida en la futura CIE-11.

En línea con el concepto de Familia de Clasificaciones propuesto por la OMS, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), desde 1989, está trabajando en el desarrollo de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE), para proporcionar una terminología profesional estructurada y definida y un

marco en el cual los lenguajes y clasificaciones existentes, puedan cruzarse para poder comparar los datos de Enfermería. Se trata de establecer un lenguaje común que describa la práctica enfermera y los cuidados que se dispensan en los distintos contextos. Para el desarrollo de esta Clasificación CIPE, se han tenido en cuenta, entre otras, las Clasificaciones de Diagnósticos de Enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (Taxonomía II NANDA 2004) (5), La Clasificación de Intervenciones de Enfermería de Iowa (*Nursing Intervention Classification - NIC*) (6,7) y la Clasificación de resultados de Enfermería, también de Iowa (*Nursing Outcomes Classification - NOC*) (7,8).

Entre sus objetivos está permitir la comparación de datos y demostrar la eficacia en la prestación de cuidados, así como la asignación de recursos en base a Fenómenos / Diagnósticos de Enfermería. De igual manera, se trata de estimular la investigación de enfermería mediante enlaces con los datos disponibles en los sistemas de información y los sistemas de información de salud, así como proporcionar datos sobre la práctica, para influir en la elaboración de las políticas de salud. (9)

Paralelamente, la Organización Panamericana de la Salud, incluye entre sus recomendaciones el desarrollo de sistemas normalizados de información propios para las enfermeras, con la publicación de un apartado específico relativo a la implantación del proyecto en Latinoamérica. (10)

El desempeño de las competencias profesionales en los distintos servicios de salud, en las distintas situaciones de cuidados a los pacientes y las comunidades, suponen para los profesionales de enfermería actividades múltiples y complejas, que dependen del acceso exacto y oportuno a la información apropiada. El registro clínico es el principal vehículo de comunicación de información sobre el paciente entre los miembros del equipo multiprofesional de atención directa de salud y una herramienta importante para la evaluación y la medición de la calidad de los servicios de salud. Las Hojas de Registro de la documentación deben ser comprensibles y fáciles de usar, estar organizadas en función de las características clínicas y responder a la necesidad prioritaria de asignar el tiempo de enfermería en forma eficaz. (10).

Así mismo esta información sistematizada de la documentación clínica debería generar bancos de datos que provean información para el desarrollo de investigaciones enfermeras.

En nuestro proyecto, utilizamos las Taxonomías enfermeras, NANDA, NOC Y NIC (NNN) (5, 6, 7, 8), debido a que tienen un reconocimiento tanto en el ámbito nacional, como internacional, a la existencia de mayores evidencias en cuanto a su utilización y aplicabilidad a las situaciones de cuidados de salud y a un mayor desarrollo de la investigación y validación de sus categorías, lo que permite la comparación de resultados y facilita los objetivos del estudio.

Las taxonomías cumplen criterios de utilidad como: Valor profesional, al identificar las acciones que deben llevar a cabo las enfermeras y estar centradas en el cliente/paciente. Son compatibles con el sistema sanitario actual, ofrecen orientación para tomar decisiones sobre salud, establecen prioridades sobre los cuidados, son adecuadamente lógicas, funcionan en la práctica y permiten verificar la explicación o predicción formulada y se han demostrado viables en los servicios en que se están utilizando (11).

Según describe la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), los resultados estandarizados también son importantes para evaluar la efectividad de las intervenciones de Enfermería, facilitar la continuidad de cuidados en sistemas sanitarios integrados y asegurar la responsabilidad de la Enfermería (8).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), se desarrolla a partir de estrategias perfeccionadas por el proyecto de intervención de Iowa, con el objetivo de crear una estructura taxonómica de tres niveles similar a la desarrollada para la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) , a partir de un planteamiento inductivo y la utilización de un análisis cualitativo tipo delphi de similitud-desigualdad y con el objetivo entre otros, de facilitar su uso en los sistemas informáticos, crear grupos de datos enfermeros que puedan vincularse con las bases de datos de la asistencia sanitaria, y facilitar la evaluación de los resultados esperados por el paciente para la mejora de la

calidad asistencial, a través de indicadores de resultados, escalas de medidas y puntuaciones reales registradas por los usuarios.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), por su parte, además de la relación de intervenciones comunes a la práctica de la Enfermería, de forma complementaria, proporciona el listado específico de las intervenciones centrales para la especialidad de Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, lo que sin duda proporcionará un apoyo conceptual básico a la hora de clarificar aquellas intervenciones que forman parte nuclear de nuestro campo de estudio (6).

A nivel nacional, tenemos como punto de referencia el Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. En este proyecto conjunto entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de Colegios de Enfermería, se aborda el estudio de las actividades de normalización de la práctica enfermera, en base a un grupo de GDR (Grupo de Diagnósticos Relacionados), si bien en este caso, todos los GDR estudiados, pertenecen a la esfera de las patologías orgánicas. La propuesta de trabajo de normalización, parte de que es el proceso enfermero el que da sentido y contenido a la norma y no la simple relación de intervenciones (12), con ello, hemos de resaltar que el punto de inicio del proceso de normalización, se enmarca en la identificación de los problemas o Diagnósticos de Enfermería, al igual que se propone en nuestro estudio, para a través de las etiquetas diagnósticas prevalentes en cada patología identificada, determinar las intervenciones habituales y los resultados obtenidos.

El objetivo principal del proyecto NIPE es desarrollar una metodología para la normalización de actividades, procedimientos e indicadores de calidad encaminados a la evaluación y acreditación de unidades de enfermería. El GDR por su parte, es un sistema que permite medir el producto sanitario e imputarle un coste, pero dado que este es muy heterogéneo, precisa adaptarse a las necesidades de los usuarios.

Este sistema de clasificación de pacientes agrupa a los enfermos hospitalarios en grupos homogéneos, a través de un conjunto mínimo básico de datos

(CMBD), que incluye el diagnóstico médico principal al ingreso y al alta, los procedimientos realizados al ingreso, la estancia hospitalaria, las complicaciones y diagnósticos médicos secundarios y el estado al alta. Estos datos se informatizan y permite clasificar a cada paciente en un único GDR.

A partir de la clasificación y del proyecto NIPE, se desarrolla una metodología unificada que incluye, entre otros, la situación de los posibles pacientes que pertenecen a un GDR, la valoración de enfermería, los diagnósticos enfermeros detectados (NANDA), la relación de intervenciones de enfermería (NIC) y las derivadas de otros profesionales, las técnicas de enfermería y las pruebas diagnósticas que se realicen a pacientes que pertenezcan al GDR. Esto puede ayudar a la descripción de un catálogo de intervenciones de enfermería, homogeneizar los procesos y las guías de enfermería, desarrollar protocolos, dotar de indicadores de calidad de la prestación enfermera y cuantificar y medir los costos de las actividades enfermeras.

Según Gordon, los estudios epidemiológicos se diseñan para documentar la frecuencia de los diagnósticos enfermeros en la población. Las poblaciones pueden seleccionarse por grupos de diagnósticos médicos como GDR (13). Según del Pino y Ugalde, los estudios epidemiológicos o de caracterización descriptivos, poseen además la ventaja de ser útiles para planificar cuidados a una población concreta, facilitar el trabajo con diagnósticos, al quedar estos reducidos a los más prevalentes y servir de guía para priorizar la elaboración de Protocolos o Planes de Cuidados estandarizados (14). La asistencia hospitalaria reclama cada vez más, la realización de Protocolos y Procedimientos de amplio acuerdo entre los profesionales para reducir la variabilidad de las prácticas de los profesionales y para la actualización de sus conocimientos. Estos esfuerzos conducen a trabajar con más rigor y con mayor calidad en la atención a los enfermos (1), permiten por tanto, solucionar problemas que se detectan con los pacientes de forma sistemática y controlada, ayudar a realizar predicciones, explicar los fenómenos que conciernen a los profesionales enfermeros, dotando de una capacidad generalizadora que facilite la difusión e implementación de los resultados, además de aportar bases científicas del conocimiento para la práctica de enfermería.

Por otro lado, los trabajos de Carpenito y Gordon (15,16,17) en sus manuales, suministran aproximaciones de identificación de Diagnósticos de Enfermería prevalentes, en patologías del campo de la psiquiatría, que nos aportan un acercamiento teórico para la realidad clínica de los problemas más habituales en los pacientes ingresados en unidades de Psiquiatría.

De forma paralela a la implantación del uso de las Taxonomías enfermeras en la práctica, se han desarrollado numerosos Programas Informáticos: Gacela, Movicare, Siap-Win, OMI-AP, SAP, Zaineri, actualmente se están actualizando o desarrollando nuevos proyectos, que también cuentan con incluir las taxonomías enfermeras, como son: Diraya, Abucasis II, E-Osabide y otros. (17,18)

En algunos centros de Salud Mental y Psiquiatría que utilizan las Taxonomías, lo hacen con Programas Informáticos específicos, sin embargo en otros, nos hemos encontrado, exclusivamente con registros en papel, aunque las similitudes quedan garantizadas al utilizarse las mismas Taxonomías.

Este proyecto que hemos desarrollado pretende por tanto contribuir a la calidad de los cuidados enfermeros, acorde con las directrices de los organismos representativos tanto de la profesión (CIE) que está potenciando el desarrollo de la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera, como de la salud (OMS), que enfatiza en su documento del 2003, la necesidad de desarrollar un conjunto de estándares que sirvan para medir la calidad de los servicios y la creación de instrumentos sencillos para la recogida de datos sobre salud mental, dado que los estándares pueden definirse como una declaración cualitativa y normativa sobre lo que constituye una atención en salud mental aceptable y adecuada y que proporcionan directrices sobre todos los aspectos de los cuidados en salud mental.

Por todo ello, nos hemos planteado los siguientes Objetivos.

OBJETIVOS

Analizar los diferentes tipos de Taxonomías enfermeras que se utilizan en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Identificar la Taxonomía enfermera que más se utiliza en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Determinar las etiquetas enfermeras prevalentes (NANDA, NOC y NIC) en los distintos grupos de patologías psiquiátricas.

Analizar la correlación entre las etiquetas diagnósticas de la NANDA identificadas para los diferentes tipos de patologías psiquiátricas, las intervenciones (NIC) realizadas y los resultados (NOC) obtenidos.

MÉTODO

Diseño:

Para la realización del estudio, se ha aplicado un diseño multicéntrico de carácter descriptivo y correlacional.

Sujetos de estudio:

La muestra que ha configurado el estudio se ha extraído de cinco centros hospitalarios de tres comunidades autónomas: Cataluña, Galicia y País Vasco. De estos centros en los que se ha realizado el estudio:

- Tres son monográficos de psiquiatría (Centros Asistenciales de Salud Mental Benito Menni (Sant Boi de Llobregat, Barcelona); Centros Asistenciales Dr. Emili Mira i López (Recinto Torribera en Santa Coloma de Gramanet, Barcelona), Diputación de Barcelona; Hospital Psiquiátrico y Red Extrahospitalaria de Salud Mental de Álava (Servicio Vasco de Salud, Osakidetza)

- Dos son hospitales generales con unidades específicas de psiquiatría (Unidad de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), Unidad de Psiquiatría de Agudos. Complejo Hospitalario Universitario Hospital Universitario Juan Canalejo de A Coruña (Servicio Gallego de Salud). (ver tabla 1)

Los criterios para la selección de los centros asistenciales han sido:

- Tener una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos o disponer de pacientes con trastornos mentales ingresados en situación clínica aguda.
- Que las historias de los enfermos ingresados dispusieran de planes de cuidados de enfermería
- Desear participar voluntariamente en el proyecto y contar con la autorización de la Comisión de Investigación de cada centro.

La muestra ha estado formada por un total de 907 sujetos extraídos de los registros de planes de cuidados de enfermería que se han realizado a pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica seleccionadas, durante el período de Julio a Diciembre de 2005, es decir a lo largo de 6 meses. Sin embargo para el análisis de la variable “Diagnósticos Médicos” (y por efecto de agrupación en la variable GDR), se ha obtenido una muestra de 873, ya que hay 34 sujetos en los que no consta el diagnóstico médico.

Variables

Las variables estudiadas se han agrupado en:

a) Variables referidas a las características de los centros estudiados

- V1: Tipo de Centro. Los valores a considerar han sido: Monográfico de psiquiatría / general con unidad de psiquiatría.
- V2: Número total de camas del hospital. Se han establecido cuatro intervalos: menos de 200 camas / de 200 a 500 camas / de 500 a 1000 camas / más de 1000 camas.

- V3: Número de camas de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica estudiada. Los intervalos establecidos han sido: hasta 10 camas / de 11 a 20 camas / de 21 a 40 camas / más de 40 camas.
- V4: Tipología de enfermos. Dos categorías: agudos / subagudos.
- V5: Disposición por parte del hospital de registros informatizados: si / no
- V6: Disposición por parte del hospital de Planes de Cuidados Informatizados: si / no
- V7: Utilización de Guías o Protocolos Médicos: si / no
- V8: Utilización de Guías o Protocolos de Enfermería: si / no
- V9: Fuente de recogida de datos. Se ha considerado dos categorías: Base de Datos y Mixta (Historia Clínica y Base de Datos).

b) Variables referidas a las características generales de los sujetos

- V10: Edad
- V11: Sexo: Mujer / Hombre
- V12: Tipo de ingreso: Urgente / Programado / Reingreso
- V13: Días de ingreso
- V14: Tipo de alta: Mejoría / Curación / Defunción / Traslado de centro o unidad de hospitalización / Alta voluntaria

c) Variables referidas a los sistemas de nomenclatura o taxonomías enfermeras utilizadas en los Planes de Cuidados de Enfermería

- V15: Tipo de taxonomía Diagnóstica Enfermera que han utilizado en los planes de cuidados de enfermería realizados a pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los valores a considerados han sido: taxonomía diagnóstica NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) / taxonomía diagnóstica propia sin validar.
- V16: Utilización de listados de problemas interdependientes: si / no

- V17: Tipo de taxonomía de Resultados Enfermeros que han utilizado en los planes de cuidados de enfermería realizados a pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los valores a considerados han sido: taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*) / Propia sin validar.

- V18: Tipo de sistema de denominación de intervenciones enfermeras que han utilizado en los planes de cuidados de enfermería realizados a pacientes psiquiátricos hospitalizados. Los valores a considerados han sido: taxonomía NIC (*Nursing Intervention Classification*) / Intervenciones propias sin validar / intervenciones propias validadas / intervenciones del programa Gacela.

d) Variables referidas a los Diagnósticos Médicos y de Enfermería.

- V19: Categoría Diagnóstica Médica Principal al alta. Se han introducido los Diagnósticos Médicos CIE-9-CIM DSM-IV. En total 134 diagnósticos médicos psiquiátricos. La relación de estos diagnósticos con sus códigos correspondientes se adjunta en el anexo 1.

- V20: Códigos GDR. En total se han introducido 9 GDRs. La relación de los Diagnósticos Médicos agrupados en GDRs, se adjunta en el anexo 2.

- V21: Etiquetas de Diagnósticos de Enfermería. Dado que todos los centros han utilizado la taxonomía diagnóstica NANDA, se han introducido las 167 etiquetas diagnósticas que configuran la Taxonomía II NANDA 2004. La relación de estos diagnósticos con sus códigos correspondientes se adjunta en el anexo 3.

Dado que ninguno de los centros estudiados ha utilizado taxonomías de Resultados NOC y de Intervenciones NIC en los planes de cuidados de los pacientes del estudio, no se han podido incluir estas variables. Sin embargo, hay un centro (Dr. Emili Mira) que comenzó la introducción de un grupo reducido de Intervenciones NIC (n=158) y, a modo experimental, las introdujeron en los Planes de Cuidados Estándar. No se han podido tener en cuenta en el estudio por estar incompletas, pero se incluye la relación de las mismas en el anexo 4.

Las etiquetas de cada nivel se han recogido de forma directa con el código numérico que cada taxonomía tiene identificado.

Procedimiento para la realización del estudio:

Para la realización del estudio se han seguido dos líneas: una de carácter documental y otra propia de la recogida de datos.

a) Revisión documental.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de enfermería, españolas (Cuiden, Cuidatge, Lilacs, BDIE, BDENF, EnFisPO) e internacionales (PubMed, Web of Science y Cinahl), con el objetivo de localizar estudios empíricos relacionados con el tema objeto de este proyecto. La búsqueda se centró en examinar dos tipos de conceptos: 1. Términos relacionados con las taxonomías enfermeras y 2, términos relacionados con la enfermería en el ámbito de la Salud Mental y Psiquiatría. Las palabras clave seleccionadas fueron: En español: Diagnósticos de Enfermería, NANDA, taxonomías, salud mental, psiquiatría, unidad de agudos y hospital*, relacionando las diferentes palabras entre sí, con el conector *and*, en los casos pertinentes. En inglés se utilizaron las palabras clave: NANDA (and) nurse, taxonomy (and) nurse, mental health (and) nurse, psychiatric (and) nurse, hospital* (and) psychiatric, relacionándolas entre sí como en los casos en español. La relación detallada de la búsqueda se presenta en el anexo 5.

b) Recogida de datos

Para la recogida de datos se han creado dos cuestionarios web; en uno de ellos se recogen los datos de las variables relativas a características de los centros estudiados y en el otro los datos de las variables relativas a los sujetos. Los cuestionarios están creados mediante el editor de páginas web Dreamweaver y programado el CGI en ASP. Recogidos los datos, las diferentes variables se guardan en una base de datos en Access para su posterior tratamiento en el programa estadístico SPSS.

La introducción de datos se ha realizado entre julio y noviembre de 2006.

Los datos para las variables de la V1 a la V9 y V15 a V18 se han obtenido del registro general de cada centro asistencial. Los datos de las variables V10 a V14 y V19 a V21 se han recogido a partir de las historias clínicas de los sujetos.

Análisis de datos:

Se han realizado análisis de los estadísticos descriptivos básicos: frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Asimismo se han elaborado diversas tablas de contingencia entre etiquetas diagnósticas NANDA, Diagnósticos Médicos y Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR).

Para las variables edad, días de ingreso y centro hospitalario se han realizado pruebas de significación estadística (ANOVA), aplicando la prueba de Scheffé para comparación de medias, estableciendo un intervalo de confianza del 95%.

Las limitaciones principales del estudio se han dado para evaluar el uso y utilidad de las taxonomías de intervenciones de enfermería (NIC) y de resultados enfermeros (NOC) ya que son sistemas muy recientes y de difícil implementación. Hay que tener en cuenta que son taxonomías que han nacido en Estados Unidos en la década de los 90 (el NOC se publica por primera vez en lengua inglesa en 1997 y en el año 2001 se publica la primera versión en español que corresponde a la 2ª edición inglesa. Por otro lado el NIC se publica por primera vez en 1992 en lengua inglesa y en 1999 se traduce la 2ª edición – primera versión en español. Así pues estamos frente a instrumentos de reciente llegada a nuestro contexto cultural. Otro factor a tener en cuenta es la gran extensión de estos sistemas taxonómicos y su complejidad a la hora de implementarlos. Factor añadido a la complejidad de cada uno de los sistemas de clasificación es su armonización; es decir, cómo utilizarlos conjuntamente en la configuración de los planes de cuidados. Para reflejar la complejidad basta con señalar el número de etiquetas de cada una de las taxonomías que podrían configurar los planes de cuidados: la taxonomía diagnóstica NANDA que hemos utilizado (Taxonomía II NANDA, 2004) contenía 167 etiquetas

diagnósticas (la actual –NANDA, 2006- tiene 172 etiquetas). Las últimas versiones traducidas al español de la taxonomía de resultados NOC (2005) contiene 330 etiquetas de resultados y la taxonomía de intervenciones NIC (2005) tiene 514 etiquetas de intervenciones.

En los resultados se ha encontrado que en ninguno de los centros estudiados se están realizando los planes de cuidados de enfermería a pacientes hospitalizados a partir de taxonomías de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC). Y, por tanto, está ha sido la limitación básica del estudio.

Un aspecto añadido, que no ha sido propiamente una limitación, pero si un elemento divergente en el estudio ha sido el tipo de enfermos / sujetos que estaban ingresados en el centro Hospital Psiquiátrico de Álava. Su característica es que eran pacientes refractarios: enfermos de larga evolución con múltiples reingresos que están en la unidad de agudos por estar en fase clínica aguda pero cuyas estancias son mucho más prolongadas que las propias de una unidad de agudos habitual. Este hecho no ha alterado los resultados globales del estudio pero ha sido un elemento “disgregador” de la vertiente uniforme del resto de centros. Tanto en la discusión como en las conclusiones se ha tenido en cuenta esta circunstancia.

RESULTADOS

Los **resultados relativos a las características de los centros estudiados** se muestran en la tabla 1. Destacamos que:

- De los 5 centros estudiados, tres son monográficos de psiquiatría y dos son hospitales generales que poseen una Unidad de Hospitalización psiquiátrica de agudos. El tamaño de los centros varía entre las 1.439 camas del Complejo Hospitalario del Hospital Universitario Juan Canalejo – La Coruña, las 605 camas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau – Barcelona, las 800 camas del Centro Benito Menni de Barcelona, las 417 del Centro Dr. Emili Mira i López – Barcelona y las 228 del Hospital Psiquiátrico de Álava. Asimismo existe cierta variación en relación al número de camas de las diferentes unidades de hospitalización estudiadas. La unidad con menor número de camas es la del Hospital Psiquiátrico de Álava, con 14, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau – Barcelona, tienen 26 camas, 28 camas en la unidad de agudos del Centro Dr. Emili Mira i López – Barcelona, 60 camas encontramos en la unidad del Centro Asistencial Benito Menni de Barcelona y 31 camas en la unidad del Hospital Universitario Juan Canalejo – La Coruña.
- El tipo de enfermos ingresados en las Unidades, todos se hallan en fase aguda de la enfermedad. Aunque en el caso de Álava, como hemos señalado anteriormente, están ingresados en una unidad de subagudos para Psicosis Refractarias, pero están igualmente en situación clínica aguda.
- Los cinco centros estudiados disponen de registros y de planes de cuidados informatizados en los que se refleja la Historia Clínica y los datos generales de los pacientes.
- En todos los centros se utilizan guías o protocolos médicos y de enfermería.

	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Dr. Dr. Emili Miraló López	Benito Menni	Hospital Psiquiátrico de Álava	Hospital Universitario Juan Canalejo
Tipo de centro	General con Unidad de Psiquiatría	Monográfico de Psiquiatría	Monográfico de Psiquiatría	Monográfico de Psiquiatría	General con Unidad de Psiquiatría
Número total de camas del hospital	605	417	800	228	1.439
Número de camas de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica estudiada	44	52	60	14	31
Tipología de enfermos	Agudos	Agudos	Agudos	Psicosis Refractarias	Agudos
El hospital dispone de Registros Informatizados	Si	Si		Si	Si
El hospital dispone de Planes de Cuidados Informatizados	Si GACELA	Si SAP	Si SAVAC	S ZAINERI	Si GACELA
Utilización de guías o protocolos médicos	Si	Si	Si	Si	Si
Utilización de guías o protocolos de enfermería	Si	Si	Si	Si	Si
Fuente de recogida de datos	Base de Datos	Mixta (Historia Clínica y Base de Datos)			

Tabla 1. Perfil de los hospitales estudiados y características relevantes del personal y sistema de trabajo.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

		Recuento	% de columna	Media	Desviación típica
Centro	Benito Menni	334	36,8%		
	Dr. Emili Mira	200	22,1%		
	Juan Canalejo	221	24,4%		
	Psiquiátrico Álava	21	2,3%		
	Sant Pau	131	14,4%		
Sexo	Hombre	481	53,0%		
	Mujer	426	47,0%		
Ingreso	Otros	7	,8%		
	Programado	183	20,2%		
	Urgente	717	79,1%		
Tipo alta	Curación	1	,1%		
	Evasión	12	1,3%		
	Mejoría	788	86,9%		
	Traslado de Centro/Unidad Hospitalización	93	10,3%		
	Voluntaria	13	1,4%		
Días de ingreso				27,09	31,28

n=907 La media de días de ingreso sin el centro de Álava baja a 25,04.

Tabla 2 Descripción general de la muestra

Resultados relativos a las características generales de la muestra.

La muestra general esta compuesta por 907 sujetos con una media de edad de 42,12 años, una desviación típica de 15,26 y un rango que va de 15 a 84 años.

La distribución general de la muestra según centro asistencial, sexo, tipo de ingreso, motivo de alta y días de ingreso, se muestra en la tabla 2. Los resultados más destacados, de forma global son:

- Por centros asistenciales, del total de la muestra ($n = 907$), el mayor porcentaje de sujetos proceden del Centro Asistencial Benito Menni (36,8%) mientras que los hospitales Hospital Universitario Juan Canalejo, Centro Dr. Emili Mira i López y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau aportan respectivamente el 24,4%, el 22,1% y el 14,4%. Del Hospital Psiquiátrico de Álava es del que se han analizado un menor número de sujetos (2,3%).

- En relación a la variable sexo, la muestra se distribuye de forma bastante equilibrada observándose un ligero predominio de sujetos del sexo masculino (481 hombres y 426 mujeres).
- En relación al tipo de ingreso, se observa que el mayor porcentaje de ingresos (79,1%) son de tipo urgente y sólo un 20% de los ingresos son programados.
- En relación al motivo del alta hospitalaria, el 86,9% de altas son por mejoría, un 10% se producen por traslado de centro o unidad de hospitalización y un pequeño número de altas se dan por evasión (1,3%) o por alta voluntaria (1,4%). Solamente se ha obtenido un caso cuyo motivo de alta sea la curación.
- La estancia media de días de ingreso es de 27,09 días con una desviación de $\pm 31,28$ días y sin tener en cuenta los días de ingreso del Hospital Psiquiátrico de Álava, la media de días de ingreso disminuye hasta 25,04.

ESTUDIO DE RELACIONES

Comparación de las Edades por Centro

CENTRO	EDAD				
	n total	Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica
Benito Menni	334	40,85	18,00	84,00	13,61
Dr. Dr. Emili Mira i López	200	44,52	18,00	84,00	16,12
Hospital Universitario Juan Canalejo	221	41,06	15,00	83,00	15,35
Psiquiátrico Álava	21	29,76	19,00	45,00	7,25
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	131	45,50	17,00	83,00	17,10

Tabla 3 Relación de descriptivos de edad por centro

La edad media de los sujetos según centros asistenciales se muestra en la tabla 3. La muestra en su conjunto es homogénea excepto en el Hospital Psiquiátrico de Álava donde los sujetos son bastante más jóvenes, con una media de 29 años y una amplitud de rango (26 años) muy inferior al resto de centros, cuyo rango oscila entre los intervalos de 15 a 83 años (ver tabla 3)

Analizadas las diferencias de medias en relación a las variables de edad y centro. Aplicando la prueba de Scheffé, se observa que, para un intervalo de confianza del 95%, la diferencia de medias en relación a la edad es estadísticamente significativa entre el centro Hospital Psiquiátrico de Álava y el resto de centros (los resultados detallados se muestran en la tabla 4. Esto genera dos subconjuntos homogéneos de centros por medias de edad: el subconjunto 1 constituido por el centro de Álava y el subconjunto 2 formado por el resto de centros (ver tabla 5).

(I) centro	(J) centro	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Benito Menni	Benito Menni					
	Dr. Dr. Emili Miraló López	-3,67028	1,34781	,117	-7,8305	,4899
	Hospital Universitario Juan Canalejo	-,21604	1,30509	1,000	-4,2444	3,8123
	Psiquiátrico Álava	11,08540(*)	3,38606	,031	,6339	21,5369
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-4,64888	1,55161	,063	-9,4381	,1403
Dr. Dr. Emili Miraló López	Benito Menni	3,67028	1,34781	,117	-,4899	7,8305
	Dr. Dr. Emili Miraló López					
	Hospital Universitario Juan Canalejo	3,45424	1,47084	,239	-1,0857	7,9942
	Psiquiátrico Álava	14,75568(*)	3,45334	,001	4,0965	25,4148
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-,97860	1,69340	,987	-6,2055	4,2483
Hospital Universitario Juan Canalejo	Benito Menni	-,21604	1,30509	1,000	-3,8123	4,2444
	Dr. Dr. Emili Miraló López	-3,45424	1,47084	,239	-7,9942	1,0857
	Hospital Universitario Juan Canalejo					
	Psiquiátrico Álava	11,30144(*)	3,43689	,029	,6931	21,9098
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-4,43283	1,65960	,130	-9,5554	,6897
Psiquiátrico Álava	Benito Menni	-11,08540(*)	3,38606	,031	-21,5369	-,6339
	Dr. Dr. Emili Miraló López	-14,75568(*)	3,45334	,001	-25,4148	-4,0965
	Hospital Universitario Juan Canalejo	-11,30144(*)	3,43689	,029	-21,9098	-,6931

	Canalejo					
	Psiquiátrico Álava					
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-15,73428(*)	3,53786	,001	-26,6543	-4,8142
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Benito Menni	4,64888	1,55161	,063	-,1403	9,4381
	Dr. Dr. Emili Mira i López	,97860	1,69340	,987	-4,2483	6,2055
	Hospital Universitario Juan Canalejo	4,43283	1,65960	,130	-,6897	9,5554
	Psiquiátrico Álava	15,73428(*)	3,53786	,001	4,8142	26,6543
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau					

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 4 Resultados de la prueba de Scheffé analizando la diferencia de medias de edad por centros.

Centro	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
Psiquiátrico Álava	21	29,7619	
Benito Menni	334		40,8473
Hospital Universitario Juan Canalejo	221		41,0633
Dr. Dr. Emili Mira i López	199		44,5176
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	131		45,4962
Sig.		1,000	,476

Tabla 5 Relación de subgrupos homogéneos de centros por edad (alfa=.05)

Distribución de Sexo según Centro

			n	%
		Mujer	132	39,5%
Dr. Emili Mira i López	sexo	Hombre	94	47,0%
		Mujer	106	53,0%
Hospital Universitario Juan Canalejo	sexo	Hombre	113	51,1%
		Mujer	108	48,9%
Psiquiátrico Álava	sexo	Hombre	16	76,2%
		Mujer	5	23,8%
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	sexo	Hombre	56	42,7%
		Mujer	75	57,3%

Tabla 6 Distribución de Sexo por Centro

Los resultados de los sujetos por sexo y centro, nos indican que en los centros Benito Menni, Hospital Universitario Juan Canalejo y de forma muy destacada el Hospital Psiquiátrico de Álava predominan los sujetos de sexo masculino mientras que en los centros de Dr. Emili Mira i López y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau hay más mujeres (53% y 57,3% respectivamente) (ver tabla 6).

Distribución del tipo de Ingreso por Centro

	Ingreso					
	Otros		Programado		Urgente	
	n	%	n	%	n	%
Benito Menni	0	,0%	38	11,4%	296	88,6%
Dr. Dr. Emili Mira i López	6	3,0%	58	29,0%	136	68,0%
Hospital Universitario Juan Canalejo	1	,5%	56	25,3%	164	74,2%
Psiquiátrico Álava	0	,0%	21	100,0%	0	,0%
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	0	,0%	10	7,6%	121	92,4%

Tabla 7 Distribución del Tipo de Ingreso por Centro

En relación al tipo de ingreso según el centro, los resultados obtenidos muestran que todos los centros, excepto el Hospital Psiquiátrico de Álava, realizan mayoritariamente los ingresos por urgencias, destacando con un porcentaje más elevado Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (92,4%) seguido del Centro Benito Menni (88,6%). En el Hospital Psiquiátrico de Álava todos los ingresos son programados (ver tabla 7).

Distribución del tipo de Alta por Centro

		centro				
			Dr. Dr. Emili	Hospital	Hospital de	
		Benito Menni	Mira i López	Universitario	Psiquiátrico	Creu i Sant
				Juan Canalejo	Álava	Pau
<i>Curación</i>	<i>n</i>	0	1	0	0	0
	<i>% de fila</i>	,0%	,5%	,0%	,0%	,0%
	<i>% de columna</i>	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%
<i>Evasión</i>	<i>Recuento</i>	2	9	1	0	0
	<i>% de fila</i>	,6%	4,5%	,5%	,0%	,0%
	<i>% de columna</i>	16,7%	75,0%	8,3%	,0%	,0%
<i>Mejoría</i>	<i>Recuento</i>	253	180	212	15	128
	<i>% de fila</i>	75,7%	90,0%	95,9%	71,4%	97,7%
	<i>% de columna</i>	32,1%	22,8%	26,9%	1,9%	16,2%
<i>Traslado de Centro/Unidad Hospitalización</i>	<i>Recuento</i>	70	8	6	6	3
	<i>% de fila</i>	21,0%	4,0%	2,7%	28,6%	2,3%
	<i>% de columna</i>	75,3%	8,6%	6,5%	6,5%	3,2%
<i>Voluntaria</i>	<i>Recuento</i>	9	2	2	0	0
	<i>% de fila</i>	2,7%	1,0%	,9%	,0%	,0%
	<i>% de columna</i>	69,2%	15,4%	15,4%	,0%	,0%

Tabla 8 Distribución del Tipo de Alta por Centro

Los resultados indican que en todos los centros el porcentaje más elevado de sujetos se dan de alta por mejoría. El centro que tiene un número más elevado de evasiones es el Dr. Emili Mira i López (4,5% de sujetos) mientras que el centro que ha registrado un número mayor de altas voluntarias es Benito Menni (2,7%). Los datos detallados se muestran en la tabla 8.

Comparación de Días de Ingreso por Centro

Días de ingreso	de centro		Desviación	
			Media	típica
		Benito Menni	25,10	22,67
		Dr. Dr. Emili Mira i López	22,17	25,08
		Hospital Universitario Juan Canalejo	18,57	15,63
		Psiquiátrico Álava	145,38	84,97
		Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	35,08	22,85

Tabla 9 Comparación de Días de Ingreso por Centro

Scheffé

centror	N	Subconjunto para alfa = .05		
		1	2	3
Hospital Universitario Juan Canalejo	221	18,5701		
Dr. Dr. Emili Mira i López	200	22,1750		
Benito Menni	334	25,0958	25,0958	
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	131		35,0763	
Psiquiátrico Álava	21			145,3810
Sig.		,641	,208	1,000

Tabla 10 Comparativa Subconjuntos de Días de ingreso

En relación al número de días que los sujetos permanecen ingresados en las unidades de hospitalización de agudos los resultados indican que, una vez más, el Hospital Psiquiátrico de Álava es muy diferente del resto de las unidades ya que su media es de 145,38 días y con una desviación típica de 84,97. El resto de centros, tienen ligeras diferencias (ver tabla 9).

Variable Dependiente: Días de Ingreso

Scheffé

(I) centror	(J) centror	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Benito Menni	Benito Menni					
	Dr. Dr. Emili Mira i López	2,92081	2,23238	,789	-3,9697	9,8113
	Hospital Universitario Juan Canalejo	6,52567	2,16502	,060	-,1569	13,2083
	Psiquiátrico Álava	-120,28514(*)	5,61716	,000	-137,6232	-102,9471
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-9,98053(*)	2,57397	,005	-17,9254	-2,0357
Dr. Dr. Emili Mira i López	Benito Menni	-2,92081	2,23238	,789	-9,8113	3,9697
	Dr. Dr. Emili Mira i López					
	Hospital Universitario Juan Canalejo	3,60486	2,43677	,701	-3,9165	11,1263
	Psiquiátrico Álava	-123,20595(*)	5,72739	,000	-140,8842	-105,5277
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-12,90134(*)	2,80640	,000	-21,5636	-4,2391
Hospital Universitario Juan Canalejo	Benito Menni	-6,52567	2,16502	,060	-13,2083	,1569
	Dr. Dr. Emili Mira i López	-3,60486	2,43677	,701	-11,1263	3,9165
	Hospital Universitario Juan Canalejo					
	Psiquiátrico Álava	-126,81082(*)	5,70148	,000	-144,4091	-109,2125
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	-16,50620(*)	2,75312	,000	-25,0040	-8,0084
Psiquiátrico Álava	Benito Menni	120,28514(*)	5,61716	,000	102,9471	137,6232
	Dr. Dr. Emili Mira i López	123,20595(*)	5,72739	,000	105,5277	140,8842

	Hospital Universitario Juan Canalejo	126,81082(*)	5,70148	,000	109,2125	144,4091
	Psiquiátrico Álava					
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	110,30462(*)	5,86897	,000	92,1894	128,4199
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Benito Menni	9,98053(*)	2,57397	,005	2,0357	17,9254
	Dr. Dr. Emili Mira i López	12,90134(*)	2,80640	,000	4,2391	21,5636
	Hospital Universitario Juan Canalejo	16,50620(*)	2,75312	,000	8,0084	25,0040
	Psiquiátrico Álava	-110,30462(*)	5,86897	,000	-128,4199	-92,1894
	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau					

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

Tabla 11 Comparaciones múltiples días de ingreso

Al realizar el análisis comparativo de medias, se observa que Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Hospital Psiquiátrico de Álava tienen diferencias estadísticamente significativas, con un intervalo de confianza del 95%, con el resto de unidades (ver tabla 10). Esto genera una agrupación en tres subconjuntos homogéneos. Por un lado, Hospital Universitario Juan Canalejo, Centro Asistencial Dr. Emili Mira i López y Centro Asistencial Benito Menni, cuyas medias de estancia son 18,57; 22,17 y 25,10 respectivamente; un segundo subconjunto formado por el Centro Benito Menni y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau con una estancia media de 25,09 y 35,07; y por último Hospital Psiquiátrico de Álava que configura un subconjunto propio con una media de 145,38 días de estancia (ver tabla 11).

Descripción de Días de Ingreso por Sexo y por Centro

Centro					Desviación	
					Media	típica
Benito Menni	Sexo	Hombre	Días de ingreso	26,72	26,43	
		Mujer	Días de ingreso	22,61	15,00	
Dr. Dr. Emili Mira i López	Sexo	Hombre	Días de ingreso	24,63	32,04	
		Mujer	Días de ingreso	20,00	16,50	
Hospital Universitario Juan Canalejo	sexo	Hombre	Días de ingreso	17,56	14,16	
		Mujer	Días de ingreso	19,63	17,02	
Psiquiátrico Álava	sexo	Hombre	Días de ingreso	132,81	88,43	
		Mujer	Días de ingreso	185,60	64,24	
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	sexo	Hombre	Días de ingreso	32,73	19,95	
		Mujer	Días de ingreso	36,83	24,78	

Tabla 12 Descripción Días de Ingreso por Sexo y por Centro

Si se analizan los días de ingreso por centros considerando el sexo de los sujetos se observa que las estancias más prolongadas se dan en las mujeres en las unidades de Hospital Universitario Juan Canalejo, Hospital Psiquiátrico de Álava y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y hay una mayor estancia de los hombres en las unidades de los Centro Benito Menni y Dr. Emili Mira i López (ver tabla 12).

RESULTADOS RELATIVOS A LAS VARIABLES DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS, GDRs Y ETIQUETAS DIAGNOSTICAS DE ENFERMERÍA
Diagnósticos Médicos Prevalentes CIE-9-CIM DSM-IV (n=32)

Código y Diagnóstico Médico		n	%
295.3	<i>Esquizofrenia Paranoide</i>	168	19,2%
296.4	<i>Trastorno Afectivo Bipolar: Maniaco</i>	79	9,0%
295.7	<i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	78	8,9%
298	<i>Otras Psicosis No Organicas</i>	54	6,2%
296.3	<i>Trastorno Depresivo Grave: Episodio Recurrente</i>	34	3,9%
303.9	<i>Otras Dependencias Alcohólicas</i>	32	3,7%
301	<i>Trastornos De Personalidad</i>	31	3,6%
296.7	<i>Trastorno Afectivo Bipolar: No Especificado</i>	27	3,1%
311	<i>Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Conceptos</i>	25	2,9%
296.5	<i>Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido</i>	23	2,6%
297	<i>Estados Paranoides</i>	23	2,6%
296.6	<i>Trastorno Afectivo Bipolar: Mixto</i>	22	2,5%
300.4	<i>Depresión Neurótica</i>	22	2,5%
309	<i>Reacción de Adaptación</i>	22	2,5%
295.9	<i>Esquizofrenia No Especificada</i>	21	2,4%
301.83	<i>Personalidad Fronteriza</i>	20	2,3%
301.8	<i>Otros Trastornos de la Personalidad</i>	17	1,9%
304.0	<i>Dependencia de Tipo Opioide</i>	17	1,9%
304.2	<i>Dependencia de Cocaína</i>	17	1,9%
295.4	<i>Episodio Esquizofrenico Agudo</i>	15	1,7%
296.2	<i>Trastorno Depresivo Mayor: Episodio Unico</i>	15	1,7%
295.1	<i>Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)</i>	14	1,6%
296.0	<i>Trastorno Maniaco: Episodio Unico</i>	14	1,6%
301.5	<i>Trastorno Histriónico de Personalidad</i>	14	1,6%
304.3	<i>Dependencia de Cannabis</i>	14	1,6%
290.0	<i>Demencia Senil</i>	13	1,5%
301.7	<i>Trastorno Insociable de la Personalidad</i>	13	1,5%
295.6	<i>Esquizofrenia Residual</i>	11	1,3%
293	<i>Psicosis Organicas Transitorias</i>	9	1,0%
304.1	<i>Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar</i>	9	1,0%
305.0	<i>Abuso de Alcohol</i>	9	1,0%
312	<i>Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos</i>	9	1,0%

Tabla 13 Relación de la Frecuencia y el Porcentaje de Códigos y Diagnósticos Médicos Prevalentes (32) (n=873)

En relación a la variable “tipo de diagnóstico médico”, se han obtenido un total de 32 diagnósticos con un porcentaje superior al 1% del total de la muestra, lo cual supone que el diagnóstico ha sido identificado al menos para 9 sujetos. El diagnóstico médico de mayor prevalencia es el 295.3 “Esquizofrenia paranoide” (19,2% de los sujetos), seguido del 296.4 “Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco” (9 % de los sujetos) y del 295.7 “Trastorno esquizoafectivo” (8,9% de los sujetos). Los resultados globales según código diagnóstico CIE-9-CIM DSM-IV se muestran en la tabla 13.

Relación de Diagnósticos Médicos Prevalentes por Centro

Código y Diagnósticos Médicos CIE-9-CIM DSM-IV		Centros								
		Benito Menni			Dr. Emili Mira			Juan Canalejo		
		n	% de column	% de fila	n	% de column	% fila	n	% de column	% de fila
295.3	Esquizofrenia Paranoide	61	18,3	36,3	28	14,0	16,7	48	21,7	28,6
296.4	Trastorno Afectivo Bipolar: Maniaco	19	5,7	24,1	18	9,0	22,8	23	10,4	29,1
295.7	Trastorno Esquizoafectivo	43	12,9	55,1	8	4,0	10,3	9	4,1	11,5
298	Otras Psicosis No Organicas	24	7,2	44,4	10	5,0	18,5	12	5,4	22,2
296.3	Trast. Depresivo Grave: Episodio Recurrente	10	3,0	29,4	7	3,5	20,6	1	,5	2,9
303.9	Otras Dependencias Alcohólicas	12	3,6	37,5	2	1,0	6,3	18	8,1	56,3
301	Trastornos De Personalidad	16	4,8	51,6	6	3,0	19,4	9	4,1	29,0
296.7	Trastorno Afectivo Bipolar: No Especificado	6	1,8	22,2	2	1,0	7,4	17	7,7	63,0
311	Trast. Depresivo No Clasif Bajo Otros Concep	5	1,5	20,0	3	1,5	12,0	17	7,7	68,0
296.5	Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido	2	,6	8,7	2	1,0	8,7	9	4,1	39,1
297	Estados Paranoides	14	4,2	60,9	5	2,5	21,7	1	,5	4,3
296.6	Trastorno Afectivo Bipolar: Mixto	8	2,4	36,4	4	2,0	18,2	7	3,2	31,8
300.4	Depresión Neurótica	1	,3	4,5	7	3,5	31,8	14	6,3	63,6
309	Reacción de Adaptación	17	5,1	77,3	5	2,5	22,7	0	,0	,0
295.9	Esquizofrenia No Especificada	3	,9	14,3	4	2,0	19,0	7	3,2	33,3
301.83	Personalidad Fronteriza	7	2,1	35,0	4	2,0	20,0	5	2,3	25,0
301.8	Otros Trastornos de la Personalidad	2	,6	11,8	15	7,5	88,2	0	,0	,0
304.0	Dependencia de Tipo Opioide	0	,0	,0	2	1,0	11,8	14	6,3	82,4
304.2	Dependencia de Cocaína	2	,6	11,8	2	1,0	11,8	13	5,9	76,5
295.4	Episodio Esquizofrenico Agudo	2	,6	13,3	6	3,0	40,0	1	,5	6,7
296.2	Trastorno Depresivo Mayor: Episodio Unico	4	1,2	26,7	2	1,0	13,3	1	,5	6,7
295.1	Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)	5	1,5	35,7	3	1,5	21,4	2	,9	14,3
296.0	Trastorno Maniaco: Episodio Unico	9	2,7	64,3	4	2,0	28,6	1	,5	7,1
301.5	Trastorno Histriónico de Personalidad	2	,6	14,3	1	,5	7,1	11	5,0	78,6
304.3	Dependencia de Cannabis	1	,3	7,1	3	1,5	21,4	10	4,5	71,4
290.0	Demencia Senil	5	1,5	38,5	4	2,0	30,8	4	1,8	30,8
301.7	Trastorno Insociable de la Personalidad	1	,3	7,7	4	2,0	30,8	8	3,6	61,5
295.6	Esquizofrenia Residual	5	1,5	45,5	5	2,5	45,5	0	,0	,0
293	Psicosis Organicas Transitorias	0	,0	,0	3	1,5	33,3	6	2,7	66,7
304.1	Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar	1	,3	11,1	2	1,0	22,2	6	2,7	66,7
305.0	Abuso de Alcohol	1	,3	11,1	7	3,5	77,8	1	,5	11,1
312	Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos	1	,3	11,1	8	4,0	88,9	0	,0	,0

Tabla 14 Diagnósticos Médicos Prevalentes por Centro

Relación de Diagnósticos Médicos Prevalentes por Centro (Continuación)

Código y Diagnósticos Médicos CIE-9-CIM DSM-IV		Centros					
		Psiquiátrico			Sant Pau		
		Álava				Sant Pau	
		n	% de colum	% fila	n	% colu	% de fila
295.3	Esquizofrenia Paranoide	4	19,0	2,4	27	20,6	16,1
296.4	Trastorno Afectivo Bipolar: Maniaco	2	9,5	2,5	17	13,0	21,5
295.7	Trastorno Esquizoafectivo	5	23,8	6,4	13	9,9	16,7
298	Otras Psicosis No Organicas	0	,0	,0	8	6,1	14,8
296.3	Trast. Depresivo Grave: Episodio Recurrente	0	,0	,0	16	12,2	47,1
303.9	Otras Dependencias Alcohólicas	0	,0	,0	0	,0	,0
301	Trastornos De Personalidad	0	,0	,0	0	,0	,0
296.7	Trastorno Afectivo Bipolar: No Especificado	0	,0	,0	2	1,5	7,4
311	Trast Depresivo No Clasif Bajo Otros Concept	0	,0	,0	0	,0	,0
296.5	Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido	0	,0	,0	10	7,6	43,5
297	Estados Paranoides	0	,0	,0	3	2,3	13,0
296.6	Trastorno Afectivo Bipolar: Mixto	0	,0	,0	3	2,3	13,6
300.4	Depresión Neurótica	0	,0	,0	0	,0	,0
309	Reacción de Adaptación	0	,0	,0	0	,0	,0
295.9	Esquizofrenia No Especificada	4	19,0	19,0	3	2,3	14,3
301.83	Personalidad Fronteriza	3	14,3	15,0	1	,8	5,0
301.8	Otros Trastornos de la Personalidad	0	,0	,0	0	,0	,0
304.0	Dependencia de Tipo Opioide	1	4,8	5,9	0	,0	,0
304.2	Dependencia de Cocaína	0	,0	,0	0	,0	,0
295.4	Episodio Esquizofrenico Agudo	2	9,5	13,3	4	3,1	26,7
296.2	Trastorno Depresivo Mayor: Episodio Unico	0	,0	,0	8	6,1	53,3
295.1	Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)	1	4,8	7,1	3	2,3	21,4
296.0	Trastorno Maniaco: Episodio Unico	0	,0	,0	0	,0	,0
301.5	Trastorno Histriónico de Personalidad	0	,0	,0	0	,0	,0
304.3	Dependencia de Cannabis	0	,0	,0	0	,0	,0
290.0	Demencia Senil	0	,0	,0	0	,0	,0
301.7	Trastorno Insociable de la Personalidad	0	,0	,0	0	,0	,0
295.6	Esquizofrenia Residual	0	,0	,0	1	,8	9,1
293	Psicosis Organicas Transitorias	0	,0	,0	0	,0	,0
304.1	Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar	0	,0	,0	0	,0	,0
305.0	Abuso de Alcohol	0	,0	,0	0	,0	,0
312	Perturbación Comport No Clasif Otros Concep	0	,0	,0	0	,0	,0

Tabla 14 bis Diagnósticos Médicos Prevalentes por Centro (n=873)

Como se puede observar en las tablas 14 y 14bis, considerando los 32 diagnósticos médicos prevalentes, y considerando los 5 primeros diagnósticos más prevalentes en cada centro obtenemos que:

- En Benito Menni son: 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” (18,3%), 295.7 “Trastorno Esquizoafectivo” (12,9%), 298 “Otras Psicosis No Orgánicas” (7,2%), 309 “Reacción de Adaptación (5,7%) y 301 “Trastornos de Personalidad” (4,8%).

- En Dr. Emili Mira son: 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” (14%), 296.4 “Trastorno Afectivo Bipolar: Maníaco” (9%), 301.8 “Otros Trastornos de la Personalidad” (7,5%), 298 “Otras Psicosis No Orgánicas” (5%) y 295.7 “Trastorno Esquizoafectivo” (4%) y 312 “Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos” (4%).

- En Juan Canalejo son: 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” (21,7%), 296.4 “Trastorno Afectivo Bipolar: Maníaco” (10,4%), 303.9 “Otras Dependencias Alcohólicas” (8,1%), 296.7 “Trastorno Afectivo Bipolar: No Especificado” (7,7%), 311 “Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Conceptos” (7,7%), 300.4 “Depresión Neurótica” (6,3%).

- En el Psiquiátrico de Álava son: 295.7 “Trastorno Esquizoafectivo” (23,8%), 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” (19%), 301.83 “Personalidad Fronteriza” (14,3%), 295.4 “Episodio Esquizofrénico Agudo” (9,5%), 296.4 “Trastorno Afectivo Bipolar: Maníaco” (9,5%)

- En Sant Pau son: 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” (20,6%), 296.4 “Trastorno Afectivo Bipolar: Maníaco” (13%), 296.3 “Trastorno Depresivo Grave: Episodio Recurrente” (12,2%), 295.7 “Trastorno Esquizoafectivo” (9,9%), 296.5 “Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido” (7,6%).

Como podemos observar, los dos primeros diagnósticos de la clasificación de prevalentes aparecen en todos los centros. El tercero aparece en todos los centros menos en Juan Canalejo. En algunos centros hay diagnósticos prevalentes que solo se dan en ese centro (resaltados en el párrafo anterior y tablas 14 y 14bis).

Por otro lado, de los 32 diagnósticos seleccionados, en el Hospital Psiquiátrico de Álava sólo aparecen 8 diagnósticos mientras que en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau hay 15, en el Hospital Juan Canalejo 28, en el Centro Benito Menni 30 y en el centro Dr. Emili Mira aparecen los 32 diagnósticos.

Relación de Diagnósticos Médicos Prevalentes según Sexo

Código y Diagnóstico Médico	Sexo						
	Hombre			Mujer			
	n	% de tabla	% de fila	n	% de tabla	% de fila	
295.3	Esquizofrenia Paranoide	109	12,0	64,9	59	6,5	35,1
296.4	Trastorno Afectivo Bipolar Maníaco	38	4,2	48,1	41	4,5	51,9
295.7	Trastorno Esquizoafectivo	47	5,2	60,3	31	3,4	39,7
298	Otras Psicosis No Orgánicas	28	3,1	51,9	26	2,9	48,1
296.3	Trastorno Depresivo Grave, Episodio Recurrente	12	1,3	35,3	22	2,4	64,7
303.9	Otras dependencias Alcohólicas	24	2,6	75,0	8	,9	25,0
301	Trastornos de Personalidad	19	2,1	61,3	12	1,3	38,7
296.7	Trastorno Afectivo Bipolar: No especificado	13	1,4	48,1	14	1,5	51,9
311	Trastorno Depresivo No Clasificado bajo otros conceptos	13	1,4	52,0	12	1,3	48,0
296.5	Trastorno Afectivo Bipolar, Deprimido	4	,4	17,4	19	2,1	82,6
297	Estados Paranoides	14	1,5	60,9	9	1,0	39,1
296.6	Trastorno Afectivo Bipolar, Mixto	3	,3	13,6	19	2,1	86,4
300.4	Depresión Neurótica	3	,3	13,6	19	2,1	86,4
309	Reacción de Adaptación	10	1,1	45,5	12	1,3	54,5
295.9	Esquizofrenia No Especificada	14	1,5	66,7	7	,8	33,3
301.83	Personalidad Fronteriza	6	,7	30,0	14	1,5	70,0
301.8	Otros Trastornos de la Personalidad	6	,7	35,3	11	1,2	64,7
304.0	Dependencia de Tipo Opioide	12	1,3	70,6	5	,6	29,4
304.2	Dependencia de Cocaína	15	1,7	88,2	2	,2	11,8
295.4	Episodio Esquizofrénico Agudo	6	,7	40,0	9	1,0	60,0
296.2	Trastorno Depresivo Mayor: Episodio único	6	,7	40,0	9	1,0	60,0
295.1	Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)	7	,8	50,0	7	,8	50,0
296.0	Trastorno Maníaco: Episodio único	9	1,0	64,3	5	,6	35,7
301.5	Trastorno Histriónico de Personalidad	1	,1	7,1	13	1,4	92,9
304.3	Dependencia de Cannabis	12	1,3	85,7	2	,2	14,3
290.0	Demencia Senil	8	,9	61,5	5	,6	38,5
301.7	Trastorno Insociable de la Personalidad	11	1,2	84,6	2	,2	15,4
295.6	Esquizofrenia Residual	4	,4	36,4	7	,8	63,6
293	Psicosis Orgánicas Transitorias	5	,6	55,6	4	,4	44,4
304.1	Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar	5	,6	55,6	4	,4	44,4
305.0	Abuso de Alcohol	5	,6	55,6	4	,4	44,4
312	Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Concept	4	,4	44,4	5	,6	55,6

Tabla 15 Diagnósticos Médicos por Sexo (n=873)

Al analizar los Diagnósticos Médicos por sexo (tabla 15), se observan numerosas diferencias en la distribución entre sexos. Destacamos por ejemplo que:

- En los hombres algunos diagnósticos que aparecen con mayor frecuencia que en las mujeres son: el 295.3 “Esquizofrenia Paranoide” que se da en un porcentaje del 64,9%. Sucede lo mismo con los diagnósticos 303.9 “Otras Dependencias Alcohólicas” con un 75% de presencia en los hombres y 301 “Trastornos de Personalidad” con un 61,3%.
- En las mujeres se observan porcentajes superiores que los hombres en diagnósticos como: 296.3 “Trastorno Depresivo Grave, Episodio Recurrente” con un 64,7%, el 296.6 “Trastorno Afectivo Bipolar Mixto” (86,4%), el 300.4 “Depresión Neurótica” (86,4%) o el 301.5 “Trastorno Histriónico de la Personalidad” (92,9%).

Todas las diferencias significativas entre sexos (con un porcentaje igual o superior al 60%), de los Diagnósticos Médicos prevalentes, se resaltan en la tabla 15.

Diagnósticos Médicos por Días de Ingreso

Días de ingreso				
Código	Diagnóstico Médico	n	Media	Desv típica
295.3	Esquizofrenia Paranoide	168	30,57	22,33
296.4	Trastorno Afectivo Bipolar: Maniaco	79	29,86	24,41
295.7	Trastorno Esquizoafectivo	78	34,09	35,87
298	Otras Psicosis No Organicas	54	18,63	17,62
296.3	Trastorno Depresivo Grave: Episodio Recurrente	34	28,97	16,85
303.9	Otras Dependencias Alcohólicas	32	12,59	7,85
301	Trastornos De Personalidad	31	20,97	33,69
296.7	Trastorno Afectivo Bipolar: No Especificado	27	20,78	14,36
311	Trastorno Depresivo No Clasif Bajo Otros Conceptos	25	16,92	11,39
296.5	Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido	23	31,30	19,75
297	Estados Paranoides	23	20,35	10,14
296.6	Trastorno Afectivo Bipolar: Mixto	22	22,00	16,90
300.4	Depresión Neurótica	22	11,05	8,55
309	Reacción de Adaptación	22	18,18	38,96
295.9	Esquizofrenia No Especificada	21	56,05	75,69
301.83	Personalidad Fronteriza	20	46,10	89,26
301.8	Otros Trastornos de la Personalidad	17	13,00	11,48
304.0	Dependencia de Tipo Opiode	17	13,59	19,76
304.2	Dependencia de Cocaína	17	9,65	5,63
295.4	Episodio Esquizofrenico Agudo	15	42,00	44,68
296.2	Trastorno Depresivo Mayor: Episodio Unico	15	37,40	20,34
295.1	Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)	14	33,29	27,39
296.0	Trastorno Maniaco: Episodio Unico	14	15,14	6,63
301.5	Trastorno Histriónico de Personalidad	14	10,71	6,09
304.3	Dependencia de Cannabis	14	16,21	14,68
290.0	Demencia Senil	13	36,77	61,21
301.7	Trastorno Insociable de la Personalidad	13	8,15	5,52
295.6	Esquizofrenia Residual	11	14,27	9,38
293	Psicosis Organicas Transitorias	9	30,00	34,23
304.1	Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar	9	8,11	5,80
305.0	Abuso de Alcohol	9	10,56	7,92
312	Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos	9	35,67	63,17

Tabla 16 Diagnósticos Médicos por Días de Ingreso

Considerando que la estancia media de la muestra global es de 27,09 días, hay tres diagnósticos que superan ampliamente esa cifra y son: 295.9 “Esquizofrenia No Especificada” con 56,05 días, 301.83 “Personalidad Fronteriza” con 46,10 días y 295.4 “Episodio Esquizofrénico Agudo” con 42 días de media. Estos tres diagnósticos se dan sólo en el Psiquiátrico de Álava que, como se ha ido reflejando, la unidad de hospitalización tiene unas características diferentes por tratarse de una unidad específica para pacientes refractarios.

Por tanto, en general, los días de estancia para la mayoría de diagnósticos médicos giran alrededor de la media.

Distribución de los GDR

Código y GDR		n	%
425	Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial	12	1,4
426	Neurosis Depresivas	37	4,2
427	Neurosis Excepto Depresivas	10	1,1
428	Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos	77	8,8
429	Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental	19	2,2
430	Psicosis	622	71,2
431	Trastornos Mentales de la Infancia	6	,7
432	Otros Diagnósticos de Trastorno Mental	6	,7
521	Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas	84	9,6

Tabla 17 Distribución de GDR

En relación a la variable “Código GDR”, el grupo diagnóstico más frecuente es el 430 “Psicosis” con un porcentaje del 71,2%, seguido con un porcentaje muy inferior por el 521 “Abuso o dependencia de Alcohol / Drogas” con un 9,6% y el 428 “Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos” con un 8,8% (ver Tabla 17).

Distribución de GDR por Centros

Centros															
Cód GDR	Benito Menni			Dr. Emili Mira			Juan Canalejo			Psiquiátrico Alava			Sant Pau		
	N	% de fila	% de tabla	n	% de fila	% de tabla	n	% de fila	% de tabla	n	% de fila	% de tabla	n	% de fila	% de tabla
425	0	0,00	0,00	7	58,33	0,80	5	41,67	0,57	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
426	23	62,16	2,63	1	2,70	0,11	13	35,14	1,49	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
427	5	50,00	0,57	4	40,00	0,46	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	1	10,00	0,11
428	33	42,86	3,78	23	29,87	2,63	18	23,38	2,06	0	0,00	0,00	3	3,90	0,34
429	11	57,89	1,26	4	21,05	0,46	3	15,79	0,34	0	0,00	0,00	1	5,26	0,11
430	230	36,98	26,35	110	17,68	12,60	143	22,99	16,38	20	3,22	2,29	119	19,13	13,63
431	1	16,67	0,11	5	83,33	0,57	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
432	1	16,67	0,11	1	16,67	0,11	1	16,67	0,11	0	0,00	0,00	3	50,00	0,34
521	29	34,52	3,32	19	22,62	2,18	34	40,48	3,89	1	1,19	0,11	1	1,19	0,11

Tabla 18 Distribución de GDR por Centros

En lo que se refiere a la distribución de los GDRs por centros, como se puede observar en la tabla 18, el GDR 425 “Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial”, se da mayoritariamente en Centro Dr. Emili Mira y en el Hospital Juan Canalejo. Por otro lado, como ya hemos mencionado anteriormente, el GDR más frecuente es el 430 “Psicosis”, que aparece de forma destacada en todos los centros, siendo el Centro Benito Menni el que lo aporta en mayor porcentaje (26,35%). Por otro lado, en el GDR 432 “Otros

Diagnósticos de Trastorno Mental”, el (50%) de los casos, pertenecen al Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Así mismo, destaca en el GDR 521 “Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas”, la aportación del Hospital Juan Canalejo, con un (40,48%) de todos los casos.

Distribución de GDR según Sexo

Código y GDR	Sexo							
	Hombre				Mujer			
	n	% de fila	% de columna	% de tabla	n	% de fila	% de columna	% de tabla
425 Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial	4	33,3	,9	,5	8	66,7	1,9	,9
426 Neurosis Depresivas	15	40,5	3,3	1,7	22	59,5	5,3	2,5
427 Neurosis Excepto Depresivas	5	50,0	1,1	,6	5	50,0	1,2	,6
428 Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos	32	41,6	7,0	3,7	45	58,4	10,9	5,2
429 Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental	10	52,6	2,2	1,1	9	47,4	2,2	1,0
430 Psicosis	327	52,6	71,1	37,5	295	47,4	71,4	33,8
431 Trastornos Mentales de la Infancia	4	66,7	,9	,5	2	33,3	,5	,2
432 Otros Diagnósticos de Trastorno Mental	0	,0	,0	,0	6	100,0	1,5	,7
521 Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas	63	75,0	13,7	7,2	21	25,0	5,1	2,4

Tabla 19 Distribución de GDR por sexos

En relación a la distribución de los GDR por sexos (tabla 19), se observa, como datos más destacados que:

- El GDR 521 “Abuso o Dependencia de Alcohol / Drogas” es el que presenta una mayor diferencia entre sexos (75% en los hombres y 25% en las mujeres).
- El GDR 430 “Psicosis” (el más prevalente) se da en una proporción bastante similar en ambos sexos (52,6% hombres y 47,4% mujeres).
- Se observa una cierta prevalencia del GDR 428 “Trastornos de Personalidad y Control de los impulsos” en las mujeres (58,4%), al igual que en el GDR 426 “Neurosis Depresivas” (58,9%).

GDR por Días de Ingreso

Código y GDR	Días de ingreso			
	n	Media	Mínimo	Máximo
425 Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial	12	25,08	1,00	114,00
426 Neurosis Depresivas	37	18,70	1,00	190,00
427 Neurosis Excepto Depresivas	10	25,10	8,00	46,00
428 Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos	77	18,88	1,00	146,00
429 Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental	19	34,84	1,00	227,00
430 Psicosis	622	29,67	,00	286,00
431 Trastornos Mentales de la Infancia	6	43,17	2,00	201,00
432 Otros Diagnósticos de Trastorno Mental	6	19,33	2,00	35,00
521 Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas	84	16,29	1,00	390,00

Tabla 20 GDR por Días de Ingreso

Como se observa en la tabla 20, el GDR que presenta una media de días de ingreso más elevada es el 431 “Trastornos Mentales de la Infancia” con una media de 43,17 días. Este grupo de GDR se da mayoritariamente en los sujetos del Psiquiátrico de Álava que, como se ha señalado en varias ocasiones, tienen una población clínica diferente al resto de centros.

Por otro lado, el GDR más prevalente 430 “Psicosis” genera una estancia media (29,7 días) acorde con la obtenida en la muestra general (27,09 días).

Una relación detallada de la distribución de los Diagnósticos de Enfermería en cada uno de los 9 GDR, se adjunta en el anexo 6

RESULTADOS RELATIVOS A LA VARIABLE “ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE ENFERMERÍA” (TAXONOMÍA II NANDA, 2004)

En relación a la variable “etiquetas diagnósticas de enfermería”, todos los centros utilizan la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

Los diagnósticos de enfermería, se han ordenado en la base de datos, siguiendo el criterio alfabético, no numérico, por tanto el orden de números de las tablas, puede ser aleatorio. La razón de mantener el orden alfabético se sustenta en que es el criterio que mantiene la NANDA en sus publicaciones (5). El listado de etiquetas diagnósticas de enfermería (taxonomía II NANDA, 2004) que se adjunta como anexo 3, se presenta por orden numérico para facilitar las búsquedas.

Se ha de tener en cuenta que habitualmente se identifica más de un diagnóstico enfermero por sujeto, de hecho suele ser habitual que los Planes de Cuidados de Enfermería se realicen en base a un promedio de unos 5 diagnósticos de enfermería.

Distribución de Diagnósticos de Enfermería para el total de la muestra

Nº	Código NANDA	n	% de tabla
1.	00095	405	51,4
2.	00130	360	45,69
3.	00146	297	37,69
4.	00138	297	37,69
5.	00140	239	30,33
6.	00069	199	25,25
7.	00078	187	23,73
8.	00108	154	19,54
9.	00052	152	19,29
10.	00051	123	15,61
11.	00122	118	14,97
12.	00099	103	13,07
13.	00072	93	11,8
14.	00060	89	11,29
15.	00079	79	10,03
16.	00109	76	9,64
17.	00053	75	9,52
18.	00015	67	8,5
19.	00002	60	7,61
20.	00097	52	6,6
21.	00120	47	5,96
22.	00102	47	5,96
23.	00150	40	5,08
24.	00023	37	4,7
25.	00110	36	4,57
26.	00153	35	4,44
27.	00047	35	4,44
28.	00070	33	4,19
29.	00011	33	4,19
30.	00038	33	4,19
31.	00045	29	3,68
32.	00071	28	3,55
33.	00148	28	3,55
34.	00085	27	3,43
35.	00126	26	3,3
36.	00007	25	3,17
37.	00118	24	3,05

Nº	Código NANDA	n	% de tabla
38.	00093	23	2,92
39.	00046	20	2,54
40.	00074	19	2,41
41.	00055	19	2,41
42.	00101	19	2,41
43.	00039	19	2,41
44.	00073	18	2,28
45.	00082	15	1,9
46.	00080	15	1,9
47.	00077	14	1,78
48.	00081	14	1,78
49.	00001	13	1,65
50.	00063	13	1,65
51.	00127	13	1,65
52.	00061	12	1,52
53.	00155	12	1,52
54.	00083	11	1,4
55.	00137	10	1,27
56.	00128	10	1,27
57.	00092	10	1,27
58.	00043	10	1,27
59.	00040	10	1,27
60.	00125	9	1,14
61.	00062	9	1,14
62.	00066	9	1,14
63.	00094	8	1,02

Nº	Código NANDA	n	% de tabla
64.	00119	7	0,89
65.	00152	6	0,76
66.	00121	6	0,76
67.	00129	5	0,63
68.	00139	5	0,63
69.	00054	5	0,63
70.	00088	4	0,51
71.	00098	4	0,51
72.	00028	4	0,51
73.	00004	4	0,51
74.	00084	3	0,38
75.	00131	3	0,38
76.	00013	3	0,38
77.	00132	3	0,38
78.	00105	3	0,38
79.	00032	3	0,38
80.	00065	3	0,38
81.	00151	2	0,25
82.	00103	2	0,25
83.	00016	2	0,25
84.	00030	2	0,25
85.	00056	2	0,25
86.	00165	2	0,25
87.	00157	2	0,25
88.	00135	2	0,25
89.	00005	2	0,25
90.	00003	2	0,25
91.	00035	2	0,25
92.	00067	2	0,25
93.	00141	2	0,25
94.	00064	1	0,13
95.	00096	1	0,13
96.	00044	1	0,13
97.	00158	1	0,13
98.	00075	1	0,13
99.	00159	1	0,13
100.	00133	1	0,13
101.	00006	1	0,13
102.	00014	1	0,13
103.	00019	1	0,13
104.	00020	1	0,13
105.	00018	1	0,13
106.	00021	1	0,13
107.	00031	1	0,13
108.	00025	1	0,13
109.	00149	1	0,13
110.	00154	1	0,13

Tabla 21 Distribución de Diagnósticos de Enfermería

Distribución de Diagnósticos de Enfermería para el total de la muestra
(Continuación)

Nº	Código NANDA	n
1.	00147	0
2.	00049	0
3.	00116	0
4.	00027	0
5.	00123	0
6.	00124	0
7.	00048	0
8.	00090	0
9.	00091	0
10.	00089	0
11.	00033	0
12.	00059	0
13.	00029	0
14.	00068	0
15.	00076	0
16.	00167	0
17.	00160	0
18.	00162	0
19.	00164	0
20.	00166	0
21.	00163	0
22.	00117	0
23.	00161	0
24.	00009	0
25.	00136	0
26.	00012	0
27.	00026	0
28.	00017	0
29.	00106	0

Nº	Código NANDA	n
30.	00104	0
31.	00134	0
32.	00107	0
33.	00024	0
34.	00050	0
35.	00041	0
36.	00034	0
37.	00111	0
38.	00100	0
39.	00036	0
40.	00115	0
41.	00113	0
42.	00058	0
43.	00057	0
44.	00086	0
45.	00010	0
46.	00022	0
47.	00037	0
48.	00087	0
49.	00042	0
50.	00112	0
51.	00156	0
52.	00145	0
53.	00114	0
54.	00142	0
55.	00143	0
56.	00144	0
57.	00008	0

Tabla 21bis Distribución de Diagnósticos de Enfermería

En este estudio, las enfermeras, han realizado un total de 4.256 diagnósticos de enfermería, formulados a partir de la lista de etiquetas diagnósticas de enfermería de la Taxonomía II NANDA, 2004 (n=167). Para un total de 907 sujetos, que forman la muestra del estudio, equivale a un promedio de 4,69 diagnósticos por sujeto, lo cual es concordante con la literatura (20, 21). En cuanto a la distribución de las etiquetas diagnósticas, 37 se han identificado con una prevalencia superior al 3%, 17 aparecen una sola vez (prevalencia 0,13%) y 57 etiquetas diagnósticas, no se han identificado en ninguna ocasión. Los resultados totales según código diagnóstico Taxonomía II NANDA, 2004 se muestran en la tabla 21 y 21bis.

Diagnósticos de Enfermería Prevalentes. TAXONOMÍA II NANDA, 2004

Código	Etiqueta Diagnóstica NANDA	n	%
00095	Deterioro del patrón del sueño	405	51,4
00130	Trastorno de los procesos del pensamiento	360	45,7
00146	Ansiedad	297	37,7
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	297	37,7
00140	Riesgo de violencia autodirigida	239	30,3
00069	Afrontamiento inefectivo	199	25,3
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	187	23,7
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	154	19,5
00052	Deterioro de la interacción social	152	19,3
00051	Deterioro de la comunicación verbal	123	15,6
00122	Trastorno de la percepción sensorial	118	15,0
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	103	13,1
00072	Negación inefectiva	93	11,8
00060	Interrupción de los procesos familiares	89	11,3
00079	Incumplimiento del tratamiento	79	10,0

Tabla 22 Diagnósticos Enfermería prevalentes (n=15)

Se han seleccionado como más prevalentes, superando el 10% de prevalencia, 15 etiquetas diagnósticas de enfermería, tal y como se muestra en la tabla 22. Se observa que el diagnóstico de enfermería más frecuente es el 00095 “Deterioro del patrón de sueño” que se da en el 51,4% de los sujetos. Otros diagnósticos que tienen una elevada prevalencia (superior al 30%) son: 00130 “Trastorno de los procesos del pensamiento” (45,7% de los sujetos), 00146 “Ansiedad” (37,7%), 00138 “Riesgo de violencia dirigida a otros” (37,7%) y 00140 “Riesgo de violencia autodirigida” (30,3%). Como ya hemos mencionado anteriormente, cada sujeto suele tener más de un Diagnóstico de Enfermería.

Los resultados detallados de la distribución de los diagnósticos de enfermería prevalentes (n=15), en los diagnósticos médicos prevalentes (n=32) se muestra en las tablas 23 y 23bis.

Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes / Diagnósticos Médicos Prevalentes

	00095	00130	00146	00138	00140	00069	00078	00108	00052	00051	00122	00099	00072	00060	00079
295.3 n=168	73	59	60	60	48	43	35	31	34	23	21	21	19	17	13
296.4 n=79	42	33	25	26	24	18	19	15	15	14	12	5	11	6	7
295.7 n=78	39	35	26	26	19	21	9	8	8	7	8	7	2	9	5
298 n=54	21	22	18	21	18	12	13	9	9	9	7	8	4	3	7
296.3 n=34	18	13	8	12	9	7	2	6	7	5	3	4	3	4	4
303.9 n=32	12	16	8	8	7	9	7	6	3	8	2	-	1	1	-
301 n=31	7	8	9	8	7	6	5	3	-	2	4	8	1	3	2
296.7 n=27	15	10	13	10	5	2	7	5	4	4	5	4	2	2	1
311 n=25	12	9	6	4	5	2	6	4	2	1	7	2	2	1	1
296.5 n=23	12	4	6	7	5	5	5	3	6	5	3	3	4	2	4
297 n=23	5	9	9	2	3	6	-	2	3	1	1	2	2	1	1
296.6 n=22	11	8	7	8	3	5	5	4	5	4	4	1	3	1	3
300.4 n=22	13	8	9	8	7	8	8	6	5	3	2	2	4	2	1
309 n=22	5	9	3	2	3	3	-	1	1	4	1	1	-	1	1
295.9 n=21	13	14	9	6	6	2	6	6	1	3	4	2	1	3	2
301.83 n=20	6	8	7	4	1	5	4	2	4	3	3	2	1	3	2
301.8 n=17	10	8	6	9	6	2	3	4	5	2	4	4	4	8	3

Tabla 23 Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes / Diagnósticos Médicos Prevalentes

Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes / Diagnósticos Médicos Prevalentes (Continuación)

Continuación	00095	00130	00146	00138	00140	00069	00078	00108	00052	00051	00122	00099	00072	00060	00079
304.0 n=17	4	5	7	6	5	6	11	1	1	1	2	-	-	-	-
304.2 n=17	4	8	3	5	3	5	6	3	2	4	1	1	1	1	1
295.4 n=15	4	5	7	6	5	4	5	3	3	2	1	2	6	2	0
296.2 n=15	11	7	6	6	6	1	3	6	5	5	-	3	4	2	2
295.1 n=14	11	11	2	7	5	1	5	3	4	4	1	1	4	1	0
296.0 n=14	5	6	5	4	4	3	2	1	2	1	1	1	-	2	2
301.5 n=14	8	3	4	6	3	7	4	-	2	1	2	1	1	-	-
304.3 n=14	7	5	5	5	4	2	3	2	2	3	3	-	1	1	-
290.0 n=13	7	5	3	5	4	3	4	2	2	1	4	4	-	1	-
301.7 n=13	4	8	8	3	4	6	5	5	-	1	6	4	1	3	1
295.6 n11=	5	2	5	3	1	1	4	2	-	2	1	2	-	1	-
293 n=9	3	2	2	4	3	3	1	-	1	1	1	2	2	1	3
304.1 n=9	4	-	5	1	1	4	5	4	-	1	4	1	1	1	1
305.0 n=9	4	2	3	3	4	1	1	1	2	-	4	-	1	1	-
312 n=9	2	5	4	3	2	3	2	1	1	-	2	2	-	2	3

Tabla 23bis Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes / Diagnósticos Médicos Prevalentes

Diagnósticos de Enfermería Prevalentes por Centro

CENTROS	Benito Menni			Dr. Emili Mira			Juan Canalejo		
Código Etiqueta NANDA	N	% columna	% de tabla	n	% de columna	% de tabla	n	% de columna	% de tabla
00095	106	45,88	13,45	95	49,47	12,05	124	56,36	15,73
00130	132	57,14	16,75	85	44,27	10,78	91	41,36	11,54
00146	61	26,40	7,74	81	42,18	10,27	92	41,81	11,67
00138	69	29,87	8,75	93	48,43	11,80	84	38,18	10,65
00140	43	18,61	5,45	75	39,06	9,51	69	31,36	8,75
00069	87	37,66	11,04	27	14,06	3,42	63	28,63	7,99
00078	37	16,01	4,69	37	19,27	4,69	85	38,63	10,78
00108	36	15,58	4,56	57	29,68	7,23	25	11,36	3,17
00052	41	17,74	5,20	53	27,60	6,72	9	4,09	1,14
00051	41	17,74	5,20	34	17,708	4,31	17	7,72	2,15
00122	14	6,06	1,77	35	18,22	4,44	50	22,72	6,34
00099	42	18,18	5,32	36	18,75	4,56	17	7,72	2,15
00072	0	0	0	46	23,95	5,83	3	1,36	0,38
00060	0	0	0	53	27,60	6,72	10	4,54	1,26
00079	10	4,32	1,26	40	20,83	5,07	6	2,72	0,76

Tabla 24 Diagnósticos de Enfermería por Centro

Diagnósticos de Enfermería Prevalentes por Centro (Continuación)

CENTROS		Psiquiátrico Álava			Sant Pau	
Código Etiqueta NANDA	n	% de columna	% de tabla	n	% de columna	% de tabla
00095	7	33,33	0,88	73	58,87	9,26
00130	7	33,33	0,88	45	36,29	5,71
00146	9	42,85	1,14	54	43,54	6,85
00138	7	33,33	0,88	44	35,48	5,58
00140	7	33,33	0,88	45	36,29	5,71
00069	8	38,09	1,01	14	11,29	1,77
00078	8	38,09	1,01	20	16,12	2,53
00108	0	0	0	36	29,03	4,56
00052	0	0	0	49	39,51	6,21
00051	1	4,76	0,12	30	24,19	3,80
00122	7	33,33	0,88	12	9,67	1,52
00099	0	0	0	8	6,45	1,015
00072	0	0	0	44	35,48	5,58
00060	2	9,52	0,25	24	19,35	3,04
00079	0	0	0	23	18,54	2,91

Tabla 24bis Diagnósticos de Enfermería por Centro

La relación de los 15 diagnósticos de enfermería seleccionados como más prevalentes por centros se muestran en las tablas 24 y 24bis.

Considerando los 15 diagnósticos seleccionados como prevalentes para el total de la muestra y teniendo en cuenta el porcentaje total de casos de cada centro y el total de casos que configura la muestra (n=907), se observa que el orden de prevalencia es algo diferente según las unidades.

Analizando el primer diagnóstico, destacamos que:

- En el Centro Benito Menni, con una muestra de n = 334 sujetos, el diagnóstico más prevalente es el 00130 "Trastorno de los procesos del pensamiento" que se da en (n = 132) un 57,1% de los casos. Esto supone un 16,8% del total de la muestra.

- En Centro Dr. Emili Mira i López (n = 200), Hospital Universitario Juan Canalejo (n = 221) y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (n = 131) el diagnóstico prevalente es el 00095 “Deterioro del patrón del sueño” con un 49,5%, 56% y 59% respectivamente. Estos valores suponen, en relación al total de la muestra, un 12,1% en el Centro Dr. Emili Mira i López (n = 95), un 15,7% en el Hospital Universitario Juan Canalejo (n =124) y un 9,3% en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (n = 73).
- En el Hospital Psiquiátrico de Álava el diagnóstico prevalente es el 00146 “Ansiedad” con un 43% de prevalencia que supone un 1,1% (n =9) en el total de la muestra.

El segundo diagnóstico de enfermería más prevalente por unidades es:

- En el Centro Benito Menni el 00095 “Deterioro del patrón del sueño” (45,9%). Este valor representa el 13,5% (n =106) del total de sujetos que configuran la muestra.
- En Centro Dr. Emili Mira i López el 00138 “Riesgo de violencia dirigida a otros” (48,4%). Supone el 11,8% (n = 93) del total de sujetos que configuran la muestra.
- En el Hospital Universitario Juan Canalejo y en Hospital de la Santa Creu i Sant Pau el 00146 “Ansiedad” (41,8% y 43,5% respectivamente). En relación al total de la muestra, supone el 11,7% en el Hospital Universitario Juan Canalejo (n = 92) y el 6,9% en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (n = 54)
- En Hospital Psiquiátrico de Álava el 00069 “Afrontamiento inefectivo” y el 00078 “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” ambos con un 38,1% de prevalencia. Esto supone el 1% (n =8) del total de la muestra.

Distribución de Diagnósticos de Enfermería Prevalentes según Sexo

Código	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Sexo	n	%
00095	Deterioro del patrón del sueño	Hombre	207	51,1
		Mujer	198	48,9
00130	Trastorno de los procesos del pensamiento	Hombre	190	52,8
		Mujer	170	47,2
00146	Ansiedad	Hombre	164	55,2
		Mujer	133	44,8
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	Hombre	153	51,5
		Mujer	144	48,5
00140	Riesgo de violencia autodirigida	Hombre	125	52,3
		Mujer	114	47,7
00069	Afrontamiento inefectivo	Hombre	109	54,8
		Mujer	90	45,2
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Hombre	91	48,7
		Mujer	96	51,3
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	Hombre	76	49,4
		Mujer	78	50,6
00052	Deterioro de la interacción social	Hombre	79	52,0
		Mujer	73	48,0
00051	Deterioro de la comunicación verbal	Hombre	64	52,0
		Mujer	59	48,0
00122	Trastorno de la percepción sensorial	Hombre	60	50,8
		Mujer	58	49,2
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	Hombre	50	48,5
		Mujer	53	51,5
00072	Negación inefectiva	Hombre	47	50,5
		Mujer	46	49,5
00060	Interrupción de los procesos familiares	Hombre	43	48,3
		Mujer	46	51,7
00079	Incumplimiento del tratamiento	Hombre	33	41,8
		Mujer	46	58,2

Tabla 25 Diagnósticos de enfermería prevalentes según sexo

Como se puede observar en la tabla 25, en las 15 etiquetas diagnósticas de enfermería de la Taxonomía II NANDA, 2004 (n=167) más prevalentes, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres. Es decir que los diagnósticos de enfermería se dan por igual en ambos sexos. El diagnóstico más prevalente (00095 “Deterioro del patrón del sueño”) se da en el 51,1% (n=207) de los hombres y en el 48,9% (n=198) de las mujeres. En relación al total de la muestra (n=907) esto supone que ese diagnóstico se da en el 26,3% de los hombres y en el 25,1% de las mujeres de la muestra.

Diagnósticos de Enfermería Prevalentes por Días de Ingreso

Días de ingreso				
Código	Etiqueta Diagnóstica NANDA	n	Media	Desv. típica
00095	Deterioro del patrón del sueño	405	25,79	27,27
00130	Trastorno de los procesos del pensamiento	360	25,77	25,84
00146	Ansiedad	297	26,63	25,74
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	297	25,66	26,51
00140	Riesgo de violencia autodirigida	239	26,18	27,09
00069	Afrontamiento inefectivo	199	28,62	39,81
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	187	24,97	26,90
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	154	24,56	20,73
00052	Deterioro de la interacción social	152	26,36	19,73
00051	Deterioro de la comunicación verbal	123	28,42	27,33
00122	Trastorno de la percepción sensorial	118	30,78	52,64
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	103	27,32	25,41
00072	Negación inefectiva	93	28,91	25,55
00060	Interrupción de los procesos familiares	89	27,72	28,69
00079	Incumplimiento del tratamiento	79	26,76	23,13

Tabla 26 Diagnósticos de Enfermería por Días de Ingreso

La estancia media de la muestra global, es de 27,09 días y en general los días de estancia media para cada diagnóstico de enfermería giran alrededor de la media, tan sólo se desvía el diagnóstico 00122 “Trastorno de la percepción sensorial” con una media de 30,78 días. Ver tabla 26.

RESULTADOS RELATIVOS A LOS OBJETIVOS 1 Y 2

“Analizar los diferentes tipos de Taxonomías enfermeras que se utilizan en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados” (objetivo 1) e “Identificar la Taxonomía enfermera que más se utiliza en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados” (objetivo 2).

El patrón de respuesta de resultados para los objetivos 1 y 2 se concibe dentro de la tradicional metodología de trabajo que utilizan las enfermeras: el Proceso de Atención de Enfermería. Un sistema organizado en 5 fases: valoración, identificación de problemas (PAE) (fase diagnóstica), planificación (establecimiento de objetivos), ejecución (realización de intervenciones /actividades) y evaluación (22,23). Es en estas diferentes fases del PAE donde se pueden utilizar las diferentes taxonomías enfermeras.

Relación de Sistemas utilizados para la identificación de Diagnósticos de enfermería, Objetivos / Resultados e Intervenciones por centros

	Identificación Diagnóstica				Identificación Objetivos / Resultados				Identificación Intervenciones / Actividades		
	Taxonomía NANDA	Propia	Por problemas	Otras (PI)	Taxonomía NOC	Propia	Objetivos	Otra	Taxonomía NIC	Propia	Otra
Benito Menni	Si	No	Si		No	No	Si	No	No	Si	Si
Dr. Dr. Emili Mira i López	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	Parcial	Si	Si
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si
Hospital Universitario Juan Canalejo	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si
Psiquiátrico Álava	Si	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si

Tabla 27. *Relación de sistemas utilizados para la identificación de diagnósticos de enfermería, objetivos / resultados e intervenciones, por centros asistenciales.*

Como se puede observar en la tabla 27, la única taxonomía enfermera que se utiliza en todos los centros es a nivel de identificación de problemas, aplicando la taxonomía diagnóstica de la NANDA. No existe ningún centro que apliquen las otras dos taxonomías existentes (NOC y NIC).

En concreto, considerando las fases del PAE, los resultados han sido:

- Para la identificación de problemas, todos los centros utilizan la taxonomía diagnóstica de la NANDA. Asimismo, diversos centros (en concreto 3) utilizan listados propios de problemas interdependientes.
- Para el establecimiento de resultados, todos los centros utilizan taxonomías propias que en realidad se refieren al sistema de establecimiento de objetivos, propios de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería tradicional, anteriormente mencionado.
- Para la determinación de intervenciones todos los centros utilizan una taxonomía propia sin validar. El Centro Dr. Emili Mira de Barcelona, comenzó a utilizar un grupo reducido de Intervenciones NIC (n=158), que no se han podido tener en cuenta en el estudio por estar incompletas.

RESULTADOS RELATIVOS AL OBJETIVO 3

“Determinar las etiquetas diagnósticas enfermeras prevalentes NANDA en los distintos grupos de patologías psiquiátricas”.

Como se ha señalado anteriormente, los centros estudiados sólo utilizan las etiquetas enfermeras de la taxonomía diagnóstica de la NANDA. La prevalencia de las mismas se ha analizado considerando el sistema médico de agrupación de patologías psiquiátricas por Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR). Asimismo, se han analizado los diagnósticos médicos siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su novena revisión (CIE-9-CIM DSM-IV).

Diagnósticos de Enfermería y GDR

Dada la amplitud de los datos, los resultados obtenidos al relacionar los diagnósticos de enfermería con cada grupo GDR, se muestran en el anexo 6. Para comentar los resultados más destacados, se han seleccionado 4 agrupaciones, según prevalencia, que son las que se muestran en las tablas del anexo: 1) + del 50% de los casos, 2) entre el 40 y el 50% de los casos, 3) entre el 30 y el 40% de los casos y 4) entre el 20 y el 30% de los casos.

Destacamos como más relevantes los siguientes datos:

- Algunos diagnósticos de enfermería se dan en todos los GDRs.
- El diagnóstico de enfermería 00095 “Deterioro del patrón del sueño” es el diagnóstico más prevalente (con una frecuencia superior al 50% de los casos) en 4 de los 9 GDRs. En tanto que el diagnóstico 00130 “Trastorno de los procesos del pensamiento” se da de forma prevalente (con una frecuencia superior al 50% de los casos) en 2 GDRs.
- 6 GDRs tienen un solo diagnóstico de enfermería con un porcentaje superior al 50% y 3 GDRs no tienen ningún diagnóstico en este intervalo de porcentaje.
- No aparece ningún GDR que tenga más de un diagnóstico de enfermería con una proporción superior al 50%.
- El GDR 432 es el que tiene un mayor número de diagnósticos enfermeros con un porcentaje superior al 20% de los casos. Sin embargo, la frecuencia, en relación al total es muy baja (el número de sujetos con este GDR es $n = 6$).
- El GDR 430 es el que tiene un menor número de diagnósticos enfermeros (7 diagnósticos) con un porcentaje superior al 20% de los casos. Sin embargo, la frecuencia de sujetos en cada diagnóstico es elevada ya que este GDR es el que agrupa un mayor número de casos ($n = 622$).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio nos aportan evidencia entorno a diversos aspectos del desarrollo y evolución del trabajo de enfermería en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.

El primer aspecto que se evidencia es que de las tres taxonomías enfermeras que propuestas (NANDA, NOC y NIC), al menos en el periodo estudiado, solo se está utilizando la taxonomía diagnóstica NANDA, en todas las Unidades estudiadas. Este resultado es coherente con la evolución que están teniendo estas taxonomías en su proceso de uso e implantación en el ámbito nacional. Como se ha indicado en la introducción, las taxonomías son instrumentos de reciente creación. De las tres taxonomías, la NANDA es la más antigua y la que tiene un periodo más prolongado (aunque corto) de exploración. Por tanto es lógico que sea la más preparada (la que está más “a punto”) para su utilización clínica. Como se ha podido constatar en la revisión bibliográfica, en la década de los 90 y principios del 2000, la mayoría de estudios que se han ido realizando en España han sido de carácter conceptual, explorando las posibilidades de las taxonomías y formulando planes hipotéticos de cuidados con el objetivo de vislumbrar la potencial efectividad de estas taxonomías como herramientas para elaborar planes de cuidados (Roldan et al, 1998 --24; Barquero et al, 1998 --25; Cuesta et al, 1993 --26; Laguna et al 2006 --27; Morilla et al, 2005 --28; Gun Von Krog et al, 2005 --29; Sales et al, 1990 --30).

Por otro lado, en el proceso de implantación clínica, el hecho de constatar que se ha iniciado el uso con la taxonomía NANDA refuerza la lógica de la metodología enfermera ya que en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) la valoración y el diagnóstico constituyen las primeras etapas del proceso de cuidar. Por tanto, en los resultados obtenidos, aunque hubiera sido deseable encontrar las tres taxonomías aplicadas, el hecho de que se esté aplicando la taxonomía NANDA indica que “estamos en el buen camino”: se está empezando por el punto metodológicamente correcto. Estos resultados están en sintonía con la mayoría de estudios localizados hasta el momento ya que casi todos están analizando solamente el uso de la taxonomía NANDA.

Para comprender mejor los resultados obtenidos es necesario también considerar la gran amplitud de estas taxonomías (167 etiquetas diagnósticas NANDA, 333 etiquetas de resultados NOC y 451 etiquetas de intervención NIC). Para su aplicación clínica es imprescindible el uso de la informática y por tanto, la informatización de los centros sanitarios y de las unidades asistenciales. Se trata de una tarea compleja y costosa que requiere un proceso progresivo de implantación. De hecho, algunos de los centros que han participado en este estudio actualmente (un año después de haber recogido los datos) están empezando a introducir, de forma experimental, las taxonomías NOC y NIC. Lo cual nos permite vislumbrar que en un futuro relativamente próximo se estarán utilizando las tres taxonomías. Cabe mencionar que todos los centros seleccionados en el estudio están en una situación óptima de desarrollo de recursos ya que todos tienen registros informatizados, Planes de Cuidados informatizados, utilizan guías o protocolos médicos y de enfermería y disponen de Bases de Datos (aunque la mayoría aún complementan los datos de forma mixta, con la Historia Clínica).

Un segundo aspecto que se ha evidenciado en el estudio es que el hecho de que tener pacientes con trastornos mentales ingresados en situación clínica aguda (como es el caso del Hospital Psiquiátrico de Alava) conlleva unas características en la muestra algo diferentes de lo que es propiamente una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos (ya sea dentro de hospitales monográficos de psiquiatría, como son los Centros Benito Menni o Dr. Emili Mira, o dentro de hospitales generales como son Sant Pau y Juan Canalejo). De este modo se ha encontrado que hay diversas variables referidas a la muestra que establecen diferencias importantes por centros. En concreto, los sujetos del Hospital Psiquiátrico de Alava, aunque se encuentran en situación clínica aguda están en una Unidad de Subagudos y este hecho ha generado algunas características diferenciales con el resto de centros. Por ejemplo, en relación a la edad, en el Hospital Psiquiátrico de Alava los sujetos son bastante más jóvenes (29 años de media) que en el resto de centros estudiados (cuya media oscila entre los 45 años del Hospital de Sant Pau y los 40 años del Centro Benito Menni). Asimismo, en relación al sexo, las diferencias más

notables también se dan en el Hospital Psiquiátrico de Alava donde el 76,2% de los sujetos son hombres. Otra variable donde se han obtenido resultados muy diferenciados es en relación al tipo de ingreso ya que en el Psiquiátrico de Alava el 100% de los ingresos han sido programados mientras que en el resto de centros la mayoría de los ingresos se realizan por urgencias. La diferencia más notable se ha obtenido en relación al número de días de ingreso ya que en el Hospital Psiquiátrico de Alava la media es de 145,38 días mientras que en el resto de centros la media oscila entre 18,57 (Hospital Juan Canalejo) y 35,08 (Hospital de Sant Pau). Estos resultados indican que en posteriores estudios, quizás sea necesario diferenciar entre Unidades de Agudos y situación clínica aguda, ya que como hemos podido observar incluyen sujetos con características marcadamente diferentes y generan un tiempo de ingreso hospitalario muy diferente.

Al margen de los aspectos diferenciales comentados con respecto al Hospital Psiquiátrico de Alava, en general, los resultados obtenidos en relación a las características de la muestra, son acordes con los resultados obtenidos en otros estudios realizados con pacientes con trastornos mentales. Cabe tener en cuenta que los resultados diferenciales del Hospital Psiquiátrico de Alava no influyen de forma significativa en el conjunto del estudio ya que se trata de un porcentaje mínimo de sujetos ($n = 21$) de la muestra total ($n = 907$). En este sentido, en nuestro estudio la media de edad de los sujetos es de 42,12 años. Esta media de edad se corresponde con la media de edad obtenida en los estudios de pacientes con Trastornos Mentales Severos que son, en realidad, los que de forma mayoritaria, realizan ingresos en Unidades de Agudos (31). El hecho de que se obtenga una proporción similar de hombres que de mujeres indica que los trastornos mentales afectan por igual a ambos sexos, aunque como comentaremos más adelante, en algunos tipos de trastornos mentales, existen diferencias significativas por sexos. Por otro lado, el hecho de que la mayoría de altas se den por mejoría (el 86,9%) y no por curación confirma la realidad clínica de la cronicidad de los trastornos mentales que se atienden en las unidades de agudos de psiquiatría. Por último, señalar que en los resultados obtenidos en relación a la estancia media de ingreso hospitalario se observa una oscilación entre centros que va de 18,57 días (Hospital Juan

Canalejo) a 35,08 días (Hospital de Sant Pau), excluyendo el Hospital Psiquiátrico de Alava y considerando que la media global de estancia es de 27,09 días. Estas diferencias entre centros, aunque poco significativas numéricamente, suponen importantes diferencias tanto a nivel de costes como a nivel de evolución clínica, presuponiendo que el ingreso hospitalario incide negativamente en el curso global de la persona que padece un trastorno mental.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación a los Diagnósticos de Enfermería prevalentes en las Unidades de Agudos coinciden en gran medida con los resultados obtenidos por González Carrión et al (1994) (32). Estos autores validaron categorías diagnósticas de la NANDA en 4 unidades asistenciales entre las que se encontraba una unidad de salud mental. Las categorías diagnósticas que aparecieron con mayor frecuencia en esa unidad fueron: Alteración de los procesos familiares n=39; Potencial de violencia n=35; Alteración del patrón de sueño n=26; Intolerancia a la actividad n=26. Todos estos diagnósticos han sido identificados entre los 15 primeros más prevalentes en nuestro estudio lo cual refuerza la consistencia de los resultados. Otros estudios (Díaz y Ramos, 2006 (32) aportan, igualmente datos similares.

En la misma línea, aunque con un enfoque de análisis diferente, están los estudios realizados por Sales et al. (1990) y Santiuste et al (1993) (30,33) en muestras de pacientes con trastornos mentales ingresados en unidades de agudos. Estos autores seleccionaron 12 diagnósticos de enfermería como más relevantes para elaborar protocolos de cuidados. De esos 12 diagnósticos seleccionados, 8 son coincidentes con los obtenidos como más prevalentes en nuestro estudio. Resultados similares se obtienen al comparar nuestros resultados con el estudio posterior de Sales et al. (2004) (34) en el se comparan muestras de pacientes psiquiátricos por población de edad (mayores / menores de 65 años). Son diversos los diagnósticos que coinciden con los obtenidos en nuestro estudio. Como es de esperar, las coincidencias son mayores en el grupo de población menor de 65 años (más próxima a las características de la muestra de nuestro estudio).

Los resultados obtenidos en este estudio pueden ser de relevancia importante a la hora de elaborar Planes de Cuidados Estandarizados en varios sentidos:

Por ejemplo, para planificar cuidados según tiempo de estancia media de los pacientes en las unidades de psiquiatría de agudos, hemos podido constatar que la media de estancia es de 27,9 días y con este resultado enfermería sabe que ha de planificar cuidados para ese periodo de tiempo. De este modo se pueden mejorar algunas propuestas. Por ejemplo, Roldan et al. (1998) (24) presentaron una propuesta de plan de cuidados estandarizado tipo, para un prototipo de paciente con cuadro psicótico de larga evolución ingresado en una unidad de agudos. Al formular el plan calcularon una media de 9 días. Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que ese periodo es insuficiente. Mejorando el calculo de días basado en la evidencia podemos conseguir planes de cuidados estandarizados mucho más acordes con las necesidades de los pacientes y con el trabajo real que realiza enfermería.

Para planificar cuidados según diagnósticos de enfermería prevalentes, siguiendo con el mismo estudio anterior, Roldan et al., (1998) (24), se plantearon como diagnósticos prevalentes según la taxonomía I de la NANDA, en el prototipo de pacientes con psicosis de larga evolución (media de edad entre 35 y 45 años) 3 diagnósticos de enfermería: “Alteración de los procesos de pensamiento”, “Ansiedad” y “Potencial de violencia”. Aparecen también como prevalentes en los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Sucede algo similar en el trabajo planteado por Ballester et al. (1997) (35) en el que se formulan los diagnósticos prevalentes de la NANDA (Taxonomía I) para un prototipo de paciente con depresión (“Intolerancia a la actividad”, Trastorno de la comunicación verbal”, “Potencial de violencia, “Aislamiento social”, “Déficit de autocuidado: alimentación/baño/higiene/vestido”, “Desesperanza”, “Trastorno de la autoestima”, “Alteración de los procesos de pensamiento”). Como hemos

podido observar, en los resultados obtenidos en nuestro estudio, para los diagnósticos 296.5 “Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido” y 300.4 “Depresión Neurótica” algunos de los diagnósticos prevalentes obtenidos coinciden con los tres primeros propuestos por Ballester et al. (1997) (35).

Los resultados obtenidos concuerdan igualmente con los trabajos empíricos que diversos autores han realizado aplicando las taxonomías NANDA, NOC y NIC en pacientes con trastornos mentales. La mayoría de estudios (Von Krog et al., 2005; Laguna et al., 2006; Román et al., 2005; Sales et al., 2006) (29,27,36) formulan planes de cuidados estandarizados integrando las tres taxonomías. Los diagnósticos de enfermería que seleccionan se corresponden en su mayoría con los obtenidos como más prevalentes en nuestro estudio. Por ejemplo, en el estudio de Laguna et al. (2006) (27) seleccionaron, mediante consenso de grupos de expertos, los siguientes diagnósticos: “Déficit de autocuidados: baño/higiene; Vestido y acicalamiento”, “Déficit de actividades recreativas” “Ansiedad”, “Mantenimiento inefectivo de la salud”, “Riesgo de violencia” “Violencia dirigida a otros”, “Deterioro del patrón del sueño”, “Deterioro de la interacción social”, “Incumplimiento del tratamiento”, “Riesgo de caídas”. La mayoría de estos diagnósticos coinciden con los obtenidos en nuestro estudio.

En relación a los diagnósticos médicos psiquiátricos, según la clasificación CIE-9-CIM DSM-IV, los resultados obtenidos reflejan claramente la realidad clínica de las unidades de agudos. El tipo de patologías psiquiátricas prevalentes que se han identificado en el estudio aportan evidencia empírica de: las patologías psiquiátricas que precisan ingresos hospitalarios, la edad media de los pacientes, la vía por la cual ingresan, las diferencias por sexos en algunos trastornos psiquiátricos y la media de estancia hospitalaria. Cuando estos datos se analizan por GDRs, nos hemos encontrado que el GDR 430 “Psicosis” agrupa más del 70% de los diagnósticos psiquiátricos de clasificación CIE-9 lo cual genera muy poca discriminación con respecto a la realidad de los perfiles clínicos de los enfermos.

Los resultados obtenidos al relacionar los diagnósticos de enfermería con las patologías psiquiátricas clasificadas por GDRs, hemos visto que el GDR más prevalente 430 “Psicosis”, que en realidad agrupa a más del 70% de la muestra estudiada, es el GDR que tiene un menor número de diagnósticos enfermeros –contabilizando los diagnósticos enfermeros que se dan en un porcentaje igual o superior al 20% de los casos–. Pensamos que este hecho refleja una realidad clínica muy específica, que este grupo de pacientes tienen unos problemas muy comunes y muy unificados. O al menos parece que los profesionales de enfermería son altamente coincidentes en la identificación de los 7 diagnósticos de enfermería que aparecen con mayor frecuencia en el GDR 430 “Psicosis”. Por el contrario, en el GDR 432 “Otros Diagnósticos de Trastorno Mental”, es el que tiene un mayor número de diagnósticos de enfermería (n=16), esta mayor dispersión, puede interpretarse porque los diagnósticos médicos a los que agrupa (298.2 “Confusión Reactiva”, 307.4 “Trastornos Específicos Del Sueño De Origen No Orgánico” y 307.51 “Bulimia”), se refieren a trastornos con características clínicas muy diferenciadas y diversas.

CONCLUSIONES

El estudio sobre el uso y la utilidad de las taxonomías enfermeras en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica ha permitido obtener un enorme volumen de evidencias clínicas de gran relevancia para el progresivo avance de la enfermería -como ciencia dedicada a los cuidados de la salud de las personas-. De forma específica, los resultados obtenidos resaltan el trabajo cotidiano de los profesionales de enfermería de salud mental, aportando evidencia científica de los problemas de salud más prevalentes en el tipo de población a la que atienden (en este caso, pacientes con patologías mentales ingresados en unidades de agudos).

Las unidades estudiadas (Centro Dr. Emili Mira, Centro Benito Menni, Hospital de Sant Pau, Hospital Juan Canalejo y Hospital Psiquiátrico de Alava) tienen diferencias (algunas pertenecen a hospitales monográficos de psiquiátrica mientras que otras están dentro de hospitales generales) pero todas tienen como denominador común que son unidades de hospitalización psiquiátrica para enfermos en situación clínica aguda. Y, a efectos del análisis del trabajo enfermero, todas utilizan la metodología enfermera (el Proceso de Atención de Enfermería -PAE) para desarrollar el trabajo asistencial de atención a los enfermos, disponen de Planes de Cuidados informatizados, aunque los programas utilizados son diferentes según el centro. Podemos señalar, por tanto, que están en condiciones de poder introducir las taxonomías enfermeras en los Planes de Cuidados.

Sin embargo, una de las principales conclusiones extraídas en nuestro estudio (la que corresponde a los objetivos 1 -“ Analizar los diferentes tipos de Taxonomías enfermeras que se utilizan en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados”- y 2 “Identificar la Taxonomía enfermera que más se utiliza en los planes de cuidados de enfermería a pacientes psiquiátricos hospitalizados”, inicialmente planteados) es que, en relación al periodo analizado (julio-diciembre de 2005) la única taxonomía enfermera que se estaba utilizando en todas las unidades de hospitalización psiquiátrica estudiadas es la taxonomía diagnóstica NANDA.

Como hemos señalado en la descripción de las unidades, se ha dado una pequeña excepción en la unidad de agudos del centro Dr. Emili Mira ya que, de forma experimental, habían iniciado una selección de intervenciones NIC y las habían incorporado a los Planes de Cuidados Estandarizados pero su inclusión en el estudio no ha sido posible por no estar desarrollada por completo. En relación a la taxonomía NOC, en el periodo estudiado, no había ninguna unidad que la estuviera aplicando.

Conjugando los resultados obtenidos en relación al uso de las taxonomías enfermeras con las características de desarrollo de las unidades estudiadas, podemos esperar que en un breve espacio de tiempo, el uso integrado de las taxonomías NANDA, NOC y NIC en los Planes de Cuidados será una realidad, lo cual nos permitirá avanzar de forma considerable tanto en el ámbito de los cuidados asistenciales directos como en el ámbito de la investigación. No podemos olvidar que el fin último de estas taxonomías es dotar a la profesión de un lenguaje común que permita avanzar hacia la calidad de los cuidados.

Entrando en el espacio específico del uso de la taxonomía diagnóstica enfermera NANDA, extraemos una conclusión de tipo genérico –que ya muchos autores han señalado- y es que su uso facilita el empleo de un lenguaje común que enmarca iguales problemas con iguales denominaciones. Gracias a este etiquetaje común se han podido analizar y unificar resultados de forma sincrónica en todos los centros estudiados. Por tanto, podemos concluir que la taxonomía diagnóstica enfermera NANDA parece ser un buen instrumento, al menos para crear un lenguaje común que permite estudiar con iguales criterios los problemas de las personas. Si a este hecho le añadimos los resultados empíricos obtenidos en los análisis específicos relativos a “diagnósticos de enfermería prevalentes en las distintas patologías psiquiátricas”, el nivel de información que se obtiene genera una base de evidencia empírica que refleja los problemas principales que presentan este tipo de pacientes. En concreto, se han identificado 15 diagnósticos de enfermería prevalentes en la muestra global de pacientes estudiados. Y se ha podido constatar que muchos de los diagnósticos de enfermería se dan en múltiples patologías, lo cual nos permite acercarnos a una conclusión muy

propia de la enfermería: los cuidados propios de enfermería, muchas veces, están más vinculados a las propias características de la persona que no a las etiquetas diagnósticas médicas ya que los problemas se repiten independientemente de cual sea el diagnóstico médico.

De forma detallada, y a modo de ejemplo, destacamos el diagnóstico de enfermería 00095 “Deterioro del patrón del sueño” que ha sido localizado como prevalente en todos los grupos GDR de trastornos mentales y con un porcentaje superior al 50% de los casos, aparece en 6 de los 9 GDRs. Otro diagnóstico de enfermería que aparece en todos los GDRs como prevalente es el 00130 “Trastorno de los procesos del pensamiento”. Estos datos parecen confirmar que algunos problemas de salud que enfermería debe atender están vinculados a las personas y no tanto a los diagnósticos médicos. Es evidente que esta conclusión, parece bastante generalizable para el ámbito estudiado – unidades de hospitalización psiquiátrica.

Sin embargo, es de esperar que algunos diagnósticos de enfermería que se dan con alta prevalencia en el ámbito de la salud mental no mantengan la misma proporción en otros grupos de problemas orgánicos. En este sentido, por ejemplo, el diagnóstico comentado anteriormente (00130 “Trastorno de los procesos del pensamiento”) seguramente no aparecerá en las personas que tengan problemas de salud puramente orgánicos. Por tanto, parece bastante probable concluir que algunos diagnósticos de enfermería están íntimamente vinculados a las propias necesidades básicas del ser humano mientras que otros están determinados por el tipo de problema de salud.

Entendemos que los resultados de este estudio pueden tener una aplicación práctica significativa en los ámbitos clínicos, para confeccionar Guías de Práctica Clínica y para normalizar los planes de cuidados de enfermería estandarizados en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, en base a la evidencia de los diagnósticos de enfermería prevalentes de la taxonomía II de la NANDA, para los Trastornos Mentales más comunes.

Las evidencias encontradas de los problemas más comunes que atienden las enfermeras en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, los diagnósticos de enfermería prevalentes según la taxonomía II de la NANDA, dan soporte empírico para realizar los planes de cuidados estándar de los programas informáticos que se están implantando en los principales Hospitales Psiquiátricos.

La identificación de diagnósticos prevalentes en base a la taxonomía II NANDA, en las distintas patologías mentales, proporciona apoyo para mejorar la gestión de los recursos –humanos y materiales- en los centros asistenciales, así como para establecer mejoras en los criterios de calidad de la atención que se presta a los usuarios.

Estos planteamientos son los que perfilan las futuras líneas de investigación en el uso y utilidad de las taxonomías enfermeras. Cuando enfermería disponga de una abundante base de evidencia, elaborada a partir de lenguajes comunes, en poblaciones, situaciones clínicas y contextos iguales y diversos, se podrá reafirmar la significación y la generalización –si cabe- de las conclusiones que aportamos en nuestro estudio.

Quisiéramos reflejar una última conclusión a modo de estímulo para el avance global de la profesión y, de forma muy especial, para el estímulo de los profesionales de la enfermería que trabajan en salud mental: pensamos que utilizar las taxonomías enfermeras es una buena alternativa para conseguir uno de los objetivos más necesarios de nuestra profesión que es “hacer visible nuestra contribución al bienestar general de las personas”.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Planes de cuidados. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. 2002. ISBN 84-607-5497-9.
- 2 - Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Planes de cuidados estandarizados de enfermería en salud mental. Guías para la práctica. Osakidetza / Servicio Vasco de Salud. Vitoria. 2002. ISBN 84-89342-21-0
- 3 - Ugalde Apalategui, M. Génesis y desarrollo de las taxonomías enfermeras. Ponencia presentada en el V Simposium Internacional de diagnósticos de enfermería. CD editado por AENTDE. 2004. ISBN 84-609- 18378.
- 4 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10). Décima revisión. Volumen 1. Publicación Científica, nº 554. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2001
- 5 - North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Elsevier. Madrid, 2005.
- 6 - McCloskey Dochterman, J.; Bulechek, G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Elsevier Mosby, Madrid, 2005.
- 7 - Johnson, M. Bulechek, G. McCloskey Dochterman, J. Maas, M. Moorhead, S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Harcourt. Mosby. Madrid. 2004.
- 8 - Moorhead, S. Johnson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª ed. Elsevier, Mosby. Madrid. 2005.
- 9 - International Council of Nurses (ICN). International Classification for Nursing Practice (ICNP). Version 1. Geneve. 2005.
- 10 - Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo de sistemas normalizados de información de Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2002. 2002, 170 pp
- 11 - Rigol, A. Ugalde, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª ed. Masson-Elsevier. Madrid. 2006.
- 12 - Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Colegios de Enfermería. Proyecto NIPE: Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo General de Colegios de Enfermería. Madrid. 2002. ISBN 84-7670-625-1.

- 13 - Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
- 14 - del Pino Casado, R. Ugalde Apalategui, M. Líneas de investigación en diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica. Vol 9. núm. 3. pags. 115-120. 1999.
- 15 - Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª Ed.. Elsevier. Madrid. 2003.
- 16 - Carpenito, L.J. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. McGraw-Hill Interamericana. 9ª Ed. Madrid. 2002.
- 17 - Carpenito, L.J. Manual de diagnósticos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana. 9ª Ed. Madrid. 2002.
- 18 - Ugalde Apalategui, M; Rigol i Cuadra, A. Diagnósticos de enfermería. taxonomía NANDA. 1ª ed. 1995 (reimpresión 1999). Masson, Barcelona.
- 19 - Organización Mundial de la Salud.(OMS) (Mejora de la calidad de la salud mental, (Quality improvement for mental health). Geneve. 2003.
- 20 - Shives, Louise Rebraca. Enfermería psiquiátrica y de salud mental: conceptos básicos. 6ª Ed. McGraw-Hill. Madrid. 2007.
- 21 - Stuart, G.W. y Laraia, M.T. Enfermería psiquiátrica. Principios y práctica. 8ª Ed. Elsevier. Madrid. 2006.
- 22 - Alfaro- LeFevre, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Elsevier. Madrid. 2003
- 23 - Kozier, B., Erb, G. Berman, A. Snyder, S. Fundamentos de enfermería. Conceptos proceso y práctica. 7ª ed. Vol. I y II. McGraw-Hill Interamericana. Madrid. 2004.
- 24 - Roldán Merino J, Santos A, Bonilla R, Fernández J, Vega R. Plan de cuidados nº 3. Urgencias / Unidad de Agudos. Rev Rol Enfermería 235 marzo 1998.
- 25 - Barquero González A, Macias Rodríguez AC, Feria Lorenzo DJ et al. Los diagnósticos de enfermería en las revistas profesionales. Metas de Enferm, nov 1998: 29-33.
- 26 - Cuesta Zambrana A, Guirao Goris JA, Hernández de Sá A, et al. Análisis de la taxonomía diagnóstica NANDA. Rev Enfermería Integral, 1993, N° 27: 31-3.

- 27 - Laguna Parras JM, Jerez Rojas MR. Plan de cuidados para el paciente con trastorno mental. Rev Presencia 2006 ene-jun; 2(3). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/34articulo.php>>. Consultado el 27 de noviembre de 2006.
- 28 - Morilla Herrera JC, Morales Asencio JM, Martín Santos FJ, Cuevas Fernández- Gallego M. El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). Metas de Enferm, mar 2006; 9(2): 6-12.
- 29 - Gunn Von Krog, Cecilie Dale, Dagfinn Nåden. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC Terminology in Electronic Patient Records. Journal of Nursing Scholarship; Third Quarter 2005; 37, 3; Health & Medical Complete. Pg. 275-281.
- 30 - Sales R, Albertos S, Leal MI, et al. Diagnósticos de enfermería: aplicación en psiquiatría. Rev Rol Enfer. 1990 jun, XIII (142): 63-66.
- 31 - Lluch-Canut MT, Checa-Peña F, García-Morales J, Márquez-Romero MI, Camarena-Pelegri X, Beltrán-Megías JJ, Ayllón-Ortega L, Sabadell-Gimeno M, Alonso-Eguileta M, Díaz-Bouza T, Martínez-Fenollar S, Rigol-Cuadra A, Sabater-Mateu MP. Efectividad de la Atención Domiciliaria de Enfermería administrada a pacientes con Trastorno Mental Severo (TMS): Ensayo Clínico Controlado. Enfermería Clínica, 2006; 16(4):198-205.
- 32 - Díaz Palarea, M.D. Ramos López, A. Determinantes clínicos de ingreso en una unidad de internamiento breve de salud mental. FUENTE: INTERPSIQUIS. 2006. Disponible en <<http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?24951>> Consultado el 29 de noviembre de 2006.
- 33 - Santiuste, M, Salorio P, Flores MD, Rentero A. Diagnósticos de enfermería: aplicación en trastornos esquizofrénicos agudos. Rev Enfermería Científica, núm. 134 mayo 1993: 28-31.
- 34 - Sales i Orts R, Grau i Muñoz A, Muñoz Montagut M, Leal Marcos M, Guillem Cruz M. Diagnósticos de enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos. Educare21 2004; 12. Consultado el 29 de noviembre de 2006. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/educare12/ensenando/ensenando3.htm>
- 35 - Ballester D, Burjalés, MD, Doltra J, Moya M. Actuaciones de enfermería en la Depresión. Rev Enfermería Científica 1997, núm. 178-179: 64-68.

36 - Román Cereto M, Campos Rico A, Viñas Heras C, Palop R, Zamudio Sánchez A, Domingo García R, et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clin.* 2005;15(3):163-7.

Anexo 1

CÓDIGOS Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (CIE-9-CIM DSM-IV)

290.0 Demencia Senil
291 Psicosis Alcohólica
291.0 Delirio por Abstinencia de Alcohol
291.1 Síndrome Amnésico del Alcohol
291.3 Alucinosis por Abstinencia de Alcohol
291.4 Intoxicación Alcohólica Idiosincrásica
291.5 Celotipia Alcohólica
291.8 Otras Psicosis Alcohólicas Especificadas
291.81 Abstinencia de Alcohol
292 Psicosis por Drogas
292.0 Síndrome de Abstinencia de Drogas
292.1 Estados Paranoide y/o Alucinatorios por Drogas
292.11 Síndrome Delirante Orgánico Inducido por Drogas
292.12 Alucinosis Inducida por Drogas
292.2 Intoxicación Patológica por Droga
292.8 Otros Trastornos Mentales por Drogas y Especificados
292.81 Delirio Inducido por Drogas
292.82 Demencia Inducida por Drogas
292.83 Síndrome Amnésico Inducido por Drogas
292.84 Síndrome Afectivo Orgánico Inducido por Drogas
292.9 Trastorno Mental Inducido por Drogas y No Especificado
293 Psicosis Organicas Transitorias
294 Otros Estados Psicoticos Organicos (Cronicos)
294.0 Síndrome Amnésico
295 Trastornos Esquizofrenicos
295.0 Esquizofrenia Simple
295.1 Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)
295.2 Esquizofrenia Catatonica
295.3 Esquizofrenia Paranoide
295.4 Episodio Esquizofrenico Agudo
295.5 Esquizofrenia Latente
295.6 Esquizofrenia Residual
295.7 Trastorno Esquizoafectivo
295.9 Esquizofrenia No Especificada
296 Psicosis Afectivas
296.0 Trastorno Maniaco: Episodio Unico
296.1 Trastorno Maniaco: Episodio Recurrente
296.2 Trastorno Depresivo Mayor: Episodio Unico
296.3 Trastorno Depresivo Grave: Episodio Recurrente
296.4 Trastorno Afectivo Bipolar: Maniaco
296.5 Trastorno Afectivo Bipolar: Deprimido
296.6 Trastorno Afectivo Bipolar,; Mixto
296.7 Trastorno Afectivo Bipolar No Especificado
296.8 Psicosis Maníaco depresiva, Otra y No Especificada
296.9 Otras Psicosis Psicógenas y Psicosis Afectivas No Especific
297 Estados Paranoides
298 Otras Psicosis No Organicas
298.0 Psicosis de Tipo Depresivo
298.1 Psicosis de Tipo Agitado

298.2 Confusion Reactiva
298.3 Reaccion Paranoide Aguda
298.4 Psicosis Paranoide Psicogena
299.1 Psicosis Desintegrativa
300 Trastornos Neuroticos
300.0 Estados de Ansiedad
300.01 Trastorno de Panico
300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizado
300.09 Otros Estados de Ansiedad
300.1 Histeria
300.11 Trastorno de Conversion
300.12 Amnesia Psicogénica
300.13 Fuga Psicogénica
300.14 Personalidad Múltiple
300.15 Trastorno o Reacción Disociativa, No Especificada
300.16 Enfermedad Ficticia, con Síntomas Psicológicos
300.2 Trastornos Fóbicos
300.21 Agorafobia con Ataques de Pánico
300.22 Agorafobia, sin Mención de Ataques de Pánico
300.23 Fobia Social
300.29 Otras Fobias Aisladas o Simples
300.3 Trastornos Obsesivos-Compulsivos
300.4 Depresión Neurótica
300.5 Neurastenia
300.6 Síndrome de Despersonalización
300.7 Hipocondría
300.81 Trastorno de Somatización
300.82 Trastornos Somatoformicos sin Diferenciar
300.9 Trastorno Neurótico No Especificado
301 Trastornos de Personalidad
301.0 Trastorno Paranoide de Personalidad
301.1 Trastorno Afectivo de Personalidad
301.10 Trastorno Afectivo de Personalidad No Especificado
301.11 Trastorno Hipomaniaco Crónico de Personalidad
301.12 Trastorno Depresivo Crónico de Personalidad
301.13 Trastorno Ciclotímico
301.2 Trastorno Esquizoide de Personalidad
301.21 Personalidad Introversa
301.22 Personalidad Esquizotípica
301.3 Trastorno Explosivo de Personalidad
301.4 Trastorno Compulsivo de Personalidad
301.5 Trastorno Histriónico de Personalidad
301.6 Trastorno de Dependencia de la Personalidad
301.7 Trastorno Insociable de la Personalidad
301.8 Otros Trastornos de la Personalidad
301.81 Personalidad Narcisista
301.82 Personalidad Huidiza
301.83 Personalidad Fronteriza
301.84 Personalidad Pasiva-Agresiva
303 Síndrome de Dependencia del Alcohol
303.0 Intoxicación Alcohólica Aguda
303.9 Otras Dependencias Alcohólicas
304 Dependencia de Drogas
304.0 Dependencia de Tipo Opiode
304.1 Dependencia de Barbitúricos, Sedantes o Hipnótico Similar
304.2 Dependencia de Cocaína

304.3 Dependencia de Cannabis
304.4 Dependencia de Anfetaminas y Otros Psicoestimulantes
304.5 Dependencia de Alucinógenos
304.6 Otra Dependencia de Drogas Especificada
304.7 Combinación de Opioides con Otras Drogas
304.8 Combinaciones de Dependencia de Drogas/Exclusión Opioides
305 Abuso de Drogas sin Dependencia
305.0 Abuso de Alcohol
305.1 Abuso de Tabaco
305.2 Abuso de Cannabis
305.3 Abuso de Alucinógenos
305.4 Abuso de Barbitúricos Y Sedantes o Hipnóticos Similares
305.5 Abuso de Opioides
305.6 Abuso de Cocaína
305.7 Abuso de Anfetaminas o Sustancias Simpaticomiméticas
305.8 Abuso de Antidepresivos
305.9 Otros Abusos de Drogas y Abusos de Drogas Mixtos
306 Disfunciones Fisiológica con Origen en Factores Mentales
307.1 Anorexia Nerviosa
307.4 Trastornos Específicos del Sueño de Origen No Orgánico
307.51 Bulimia
308 Reacción Aguda al Stress
309 Reacción de Adaptación
309.81 Trastorno por Stress Postraumático Prolongado
309.82 Reacción de Adaptación con Síntomas Físicos
310 Trastorno Mental No Psicótico por Lesión Cerebral Orgánica
311 Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Conceptos
312 Perturbación del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos
313.0 Trastorno de Ansiedad Excesiva

ANEXO 2

GRUPO DE DIAGNOSTICOS RELACIONADOS (GDR) CATEGORÍA DIAGNÓSTICA MÉDICA PRINCIPAL AL ALTA (Diagnóstico Médico CIE-9-CIM DSM-IV)

Código y GDR

425	Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial
426	Neurosis Depresivas
427	Neurosis Excepto Depresivas
428	Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos
429	Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental
430	Psicosis
431	Trastornos Mentales de la Infancia
432	Otros Diagnósticos de Trastorno Mental
521	Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas

425 Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial

293 Psicosis Orgánicas Transitorias
300.0 Estados De Ansiedad
300.01 Trastorno De Pánico
300.02 Trastorno De Ansiedad Generalizado
300.09 Otros Estados De Ansiedad
300.10 Histeria
300.11 Trastorno De Conversión
300.12 Amnesia Psicogénica
300.13 Fuga Psicogénica
300.14 Personalidad Múltiple
300.15 Trastorno O Reacción Disociativa, No Especificada
300.16 Enfermedad Ficticia, Con Síntomas Psicológicos
300.9 Trastorno Neurótico No Especificado
306 Disfunciones Fisiológica Con Origen En Factores Mentales
308 Reacción Aguda Al Stress

426 Neurosis Depresivas

300.4 Depresión Neurótica
301.12 Trastorno Depresivo Crónico De Personalidad
309 Reacción De Adaptación
311 Trastorno Depresivo No Clasificado Bajo Otros Conceptos

427 Neurosis Excepto Depresivas

- 300 Trastornos Neuróticos
- 300.2 Trastornos Fóbicos
- 300.21 Agorafobia Con Ataques De Pánico
- 300.22 Agorafobia, Sin Mención De Ataques De Pánico
- 300.23 Fobia Social
- 300.29 Otras Fobias Aisladas O Simples
- 300.3 Trastornos Obsesivos-Compulsivos
- 300.5 Neurastenia
- 300.6 Síndrome De Despersonalización
- 300.7 Hipocondría
- 300.81 Trastorno De Somatización
- 300.82 Trastornos Somatoformicos Sin Diferenciar
- 309.81 Trastorno Por Stress Postraumático Prolongado
- 309.82 Reacción De Adaptación Con Síntomas Físicos
- 313.0 Trastorno De Ansiedad Excesiva

428 Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos

- 301 Trastornos De Personalidad
- 301.0 Trastorno Paranoide De Personalidad
- 301.1 Trastorno Afectivo De Personalidad
- 301.10 Trastorno Afectivo De Personalidad No Especificado
- 301.11 Trastorno Hipomaniaco Crónico De Personalidad
- 301.13 Trastorno Ciclotímico
- 301.20 Trastorno Esquizoide De Personalidad
- 301.21 Personalidad Introversa
- 301.22 Personalidad Esquizotípica
- 301.3 Trastorno Explosivo De Personalidad
- 301.4 Trastorno Compulsivo De Personalidad
- 301.5 Trastorno Histriónico De Personalidad
- 301.6 Trastorno De Dependencia De La Personalidad
- 301.7 Trastorno Insociable De La Personalidad
- 301.8 Otros Trastornos De La Personalidad
- 301.81 Personalidad Narcisista
- 301.82 Personalidad Huidiza
- 301.83 Personalidad Fronteriza
- 301.84 Personalidad Pasiva-Agresiva
- 307.1 Anorexia Nerviosa

429 Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental

- 290.0 Demencia Senil
- 294 Otros Estados Psicóticos Orgánicos (Crónicos)
- 294.0 Síndrome Amnésico
- 299.10 Psicosis Desintegrativa
- 310 Trastorno Mental No Psicóticos Por Lesión Cerebral Orgánica

430 Psicosis

- 295 Trastornos Esquizofrénicos
- 295.0 Esquizofrenia Simple
- 295.1 Esquizofrenia Desorganizada (Hebefrenia)
- 295.2 Esquizofrenia Catatonica
- 295.3 Esquizofrenia Paranoide
- 295.4 Episodio Esquizofrénico Agudo
- 295.5 Esquizofrenia Latente
- 295.6 Esquizofrenia Residual
- 295.7 Trastorno Esquizoafectivo
- 295.9 Esquizofrenia No Especificada
- 296 Psicosis Afectivas
- 296.0 Trastorno Maniaco Episodio Único
- 296.1 Trastorno Maniaco, Episodio Recurrente
- 296.2 Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único
- 296.3 Trastorno Depresivo Grave, Episodio Recurrente
- 296.4 Trastorno Afectivo Bipolar, Maniaco
- 296.5 Trastorno Afectivo Bipolar, Deprimido
- 296.6 Trastorno Afectivo Bipolar, Mixto
- 296.7 Trastorno Afectivo Bipolar No Especificado
- 296.8 Psicosis Maníaco depresiva, Otra Y No Especificada
- 296.9 Otras Psicosis Psicógenas Y Psicosis Afectivas No Especificadas
- 297 Estados Paranoides
- 298.0 Psicosis De Tipo Depresivo
- 298.1 Psicosis De Tipo Agitado
- 298.3 Reacción Paranoide Aguda
- 298.4 Psicosis Paranoide Psicógena

431 Trastornos Mentales de la Infancia

- 312 Perturbación Del Comportamiento No Clasif. Otros Conceptos

432 Otros Diagnósticos de Trastorno Mental

- 298.2 Confusión Reactiva
- 307.4 Trastornos Específicos Del Sueño De Origen No Orgánico
- 307.51 Bulimia

521 Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas, con c

- 291 Psicosis Alcohólica
- 291.0 Delirio Por Abstinencia De Alcohol
- 291.1 Síndrome Amnésico Del Alcohol
- 291.3 Alucinosis Por Abstinencia De Alcohol
- 291.4 Intoxicación Alcohólica Idiosincrásica
- 291.5 Celotipia Alcohólica
- 291.8 Otras Psicosis Alcohólicas Especificadas
- 291.81 Abstinencia De Alcohol
- 292 Psicosis Por Drogas
- 292.0 Síndrome De Abstinencia De Drogas
- 292.1 Estados Paranoide Y/O Alucinatorios Por Drogas
- 292.11 Síndrome Delirante Orgánico Inducido Por Drogas

292.12 Alucinosis Inducida Por Drogas
292.2 Intoxicación Patológica Por Droga
292.8 Otros Trastornos Mentales Por Drogas Y Especificados
292.81 Delirio Inducido Por Drogas
292.82 Demencia Inducida Por Drogas
292.83 Síndrome Amnésico Inducido Por Drogas
292.84 Síndrome Afectivo Orgánico Inducido Por Drogas
292.9 Trastorno Mental Inducido Por Drogas Y No Especificado
303 Síndrome De Dependencia Del Alcohol
303.0 Intoxicación Alcohólica Aguda
303.9 Otras Dependencias Alcohólicas
304 Dependencia De Drogas
304.0 Dependencia De Tipo Opiode
304.1 Dependencia De Barbitúricos, Sedantes O Hipnóticos Similar.
304.2 Dependencia De Cocaína
304.3 Dependencia De Cannabis
304.4 Dependencia De Anfetaminas Y Otros Psicoestimulantes
304.5 Dependencia De Alucinógenos
304.6 Otra Dependencia De Drogas Especificada
304.7 Combinación De Opioides Con Otras Drogas
304.8 Combinaciones De Dependencia De Drogas/Exclusión Opioides
305 Abuso De Drogas Sin Dependencia
305.0 Abuso De Alcohol
305.1 Abuso De Tabaco
305.2 Abuso De Cannabis
305.3 Abuso De Alucinógenos
305.4 Abuso De Barbitúricos Y Sedantes O Hipnóticos Similares
305.5 Abuso De Opioides
305.6 Abuso De Cocaína
305.7 Abuso De Anfetaminas O Sustancias Simpaticomiméticas
305.8 Abuso De Antidepresivos
305.9 Otros Abusos De Drogas Y Abusos De Drogas Mixtos

Anexo 3

Códigos	Etiquetas Diagnósticas (Taxonomía II NANDA 2004)
00001	Desequilibrio nutricional por exceso
00002	Desequilibrio nutricional por defecto
00003	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso
00004	Riesgo de infección
00005	Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal
00006	Hipotermia
00007	Hipertermia
00008	Termorregulación ineficaz
00009	Disreflexia autónoma
00010	Riesgo de disreflexia autónoma
00011	Estreñimiento
00012	Estreñimiento subjetivo
00013	Diarrea
00014	Incontinencia fecal
00015	Riesgo de estreñimiento
00016	Deterioro de la eliminación urinaria
00017	Incontinencia urinaria de esfuerzo
00018	Incontinencia urinaria refleja
00019	Incontinencia urinaria de urgencia
00020	Incontinencia urinaria funcional
00021	Incontinencia urinaria total
00022	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
00023	Retención urinaria
00024	Perfusión tisular inefectiva (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar)
00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
00026	Exceso de volumen de líquidos
00027	Déficit de volumen de líquidos
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos
00029	Disminución del gasto cardíaco
00030	Deterioro del intercambio gaseoso
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00032	Patrón respiratorio ineficaz
00033	Deterioro de la respiración espontánea
00034	Respuesta disfuncional al destete del ventilador
00035	Riesgo de lesión
00036	Riesgo de asfixia
00037	Riesgo de intoxicación
00038	Riesgo de traumatismo
00039	Riesgo de aspiración
00040	Riesgo de síndrome de desuso
00041	Respuesta alérgica al látex
00042	Riesgo de respuesta alérgica al látex
00043	Protección inefectiva
00044	Deterioro de la integridad tisular
00045	Deterioro de la mucosa oral
00046	Deterioro de la integridad cutánea
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00048	Deterioro de la dentición
00049	Capacidad adaptativa intracraneal disminuida
00050	Perturbación del campo de energía
00051	Deterioro de la comunicación verbal
00052	Deterioro de la interacción social
00053	Aislamiento social
00054	Riesgo de soledad
00055	Desempeño inefectivo del rol
00056	Deterioro parental

00057	Riesgo de deterioro parental
00058	Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño
00059	Disfunción sexual
00060	Interrupción de los procesos familiares
00061	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador
00062	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador
00063	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo
00064	Conflicto del rol parental
00065	Patrones sexuales inefectivos
00066	Sufrimiento espiritual
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual
00068	Disposición para aumentar el bienestar espiritual
00069	Afrontamiento inefectivo
00070	Deterioro de la adaptación
00071	Afrontamiento defensivo
00072	Negación ineficaz
00073	Afrontamiento familiar incapacitante
00074	Afrontamiento familiar comprometido
00075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
00076	Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad
00077	Afrontamiento inefectivo de la comunidad
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00079	Incumplimiento del tratamiento
00080	Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
00081	Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad
00082	Manejo efectivo del régimen terapéutico
00083	Conflicto de decisiones (especificar)
00084	Conductas generadoras de salud (especificar)
00085	Deterioro de la movilidad física
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica
00087	Riesgo de lesión perioperatoria
00088	Deterioro de la deambulaci3n
00089	Deterioro de la movilidad en silla de ruedas
00090	Deterioro de la habilidad para la traslaci3n
00091	Deterioro de la movilidad en la cama
00092	Intolerancia a la actividad
00093	Fatiga
00094	Riesgo de intolerancia a la actividad
00095	Deterioro del patr3n de sue1o
00096	Deprivaci3n de sue1o
00097	Déficit de actividades recreativas
00098	Deterioro en el mantenimiento del hogar
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud
00100	Retraso en la recuperaci3n quirúrgica
00101	Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo
00102	Déficit de autocuidado: alimentaci3n
00103	Deterioro de la degluci3n
00104	Lactancia materna ineficaz
00105	Interrupci3n de la lactancia materna
00106	Lactancia materna eficaz
00107	Patr3n de alimentaci3n ineficaz del lactante
00108	Déficit de autocuidado: ba1o / higiene
00109	Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento
00110	Déficit de autocuidado: uso del WC
00111	Retraso en el crecimiento y desarrollo
00112	Riesgo de retraso en el desarrollo
00113	Riesgo de crecimiento desproporcionado
00114	Síndrome de estrés del traslado

00115	Riesgo de conducta desorganizada del lactante
00116	Conducta desorganizada del lactante
00117	Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante
00118	Trastorno de la imagen corporal
00119	Baja autoestima crónica
00120	Baja autoestima situacional
00121	Trastorno de la identidad personal
00122	Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)
00123	Desatención unilateral
00124	Desesperanza
00125	Impotencia
00126	Conocimientos deficientes (especificar)
00127	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
00128	Confusión aguda
00129	Confusión crónica
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento
00131	Deterioro de la memoria
00132	Dolor agudo
00133	Dolor crónico
00134	Náuseas
00135	Duelo disfuncional
00136	Duelo anticipado
00137	Aflicción crónica
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros
00139	Riesgo de auto mutilación
00140	Riesgo de violencia autodirigida
00141	Síndrome postraumático
00142	Síndrome traumático de la violación
00143	Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta
00144	Síndrome traumático de la violación: reacción silente
00145	Riesgo de síndrome postraumático
00146	Ansiedad
00147	Ansiedad ante la muerte
00148	Temor
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado
00150	Riesgo de suicidio
00151	Auto mutilación
00152	Riesgo de impotencia
00153	Riesgo de baja autoestima situacional
00154	Vagabundeo
00155	Riesgo de caídas
00156	Riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante
00157	Disposición para mejorar la comunicación
00158	Disposición para mejorar el afrontamiento
00159	Disposición para mejorar los procesos familiares
00160	Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos
00161	Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)
00162	Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico
00163	Disposición para mejorar la nutrición
00164	Disposición para mejorar el rol parental
00165	Disposición para mejorar el sueño
00166	Disposición para mejorar la eliminación urinaria
00167	Disposición para mejorar el autoconcepto

ANEXO 4

CÓDIGOS E INTERVENCIONES NIC SELECCIONADAS (HOSPITAL Dr. EMILI MIRA Barcelona)

140	Fomento de los mecanismos corporales
200	Fomento del ejercicio
221	Terapia de ejercicios: deambulaci3n
410	Cuidados en la incontinencia intestinal
420	Irrigaci3n intestinal
430	Manejo intestinal
440	Entrenamiento intestinal
450	Manejo del estreñimiento/impactaci3n
460	Manejo de la diarrea
480	Cuidados de la ostomía
490	Manejo del prolapso rectal
580	Sondaje vesical
590	Manejo de la eliminaci3n urinaria
600	Entrenamiento del h3bito urinario
610	Cuidados de la incontinencia urinaria
640	Evacuaci3n inmediata
740	Cuidados del paciente encamado
840	Cambio de posici3n
846	Cambio de posici3n: silla de ruedas
940	Cuidados de tracci3n e inmovilizaci3n
1050	Alimentaci3n
1056	Alimentaci3n enteral por sonda
1100	Manejo de la nutrici3n
1120	Terapia nutricional
1200	Administraci3n nutrici3n parenteral total
1260	Manejo del peso
1280	Ayuda para disminuir el peso
1340	Estimulaci3n cut3nea
1400	Manejo del dolor
1480	Masaje simple
1610	Baño
1620	Cuidados de las lentillas de contacto
1630	Vestir
1640	Cuidados de los oídos
1650	Cuidados de los ojos
1660	Cuidados de los pies
1670	Cuidados del cabello
1680	Cuidado de las uñas
1710	Mantenimiento de la salud bucal
1720	Fomentar la salud bucal
1730	Restablecimiento de la salud bucal
1750	Cuidados perianales
1801	Ayuda con los autocuidados: baño-higiene
1802	Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal
1803	Ayuda con autocuidados: alimentaci3n
1804	Ayuda con los autocuidados: WC
1850	Mejorar el sueño
1860	Terapia de degluci3n
1874	Cuidados de la sonda gastrointestinal
1876	Cuidados del cat3ter urinario
2300	Administraci3n de medicaci3n
2316	Administraci3n de medicaci3n t3pica

2380 Manejo de la medicación
2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
2690 Precauciones contra las convulsiones
3140 Manejo de las vías aéreas
3200 Precauciones para evitar aspiración
3230 Fisioterapia respiratoria
3420 Cuidados del paciente amputado
3440 Cuidados del sitio de incisión
3500 Manejo de presiones
3520 Cuidado de las úlceras por presión
3540 Prevención de las úlceras por presión
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico
3590 Vigilancia de la piel
3620 Sutura
3660 Cuidado de las heridas
3740 Tratamiento de la fiebre
4070 Precauciones circulatorias
4120 Manejo de líquidos
4200 Terapia intravenosa
4310 Terapia de actividad
4330 Terapia artística
4350 Manejo de la conducta
4352 Manejo de la conducta: hiperactividad / falta de atención
4354 Manejo de la conducta: autolesión
4360 Modificación de la conducta
4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales
4370 Entrenamiento para controlar impulsos
4380 Establecer límites
4390 Terapia ambiental
4400 Terapia musical
4410 Establecimiento de objetivos comunes
4420 Acuerdo con el paciente
4430 Terapia de juegos
4480 Facilitar la autorresponsabilidad
4490 Ayuda para dejar de fumar
4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas
4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
4640 Ayuda para el control del enfado
4700 Reestructuración cognitiva
4720 Estimulación cognoscitiva
4760 Entrenamiento de la memoria
4820 Orientación de la realidad
4860 Terapia de reminiscencia
4920 Escucha activa
4960 Terapia de reminiscencia
5000 Relaciones complejas en el hospital
5100 Potenciación de la socialización
5230 Aumentar el afrontamiento
5240 Asesoramiento
5246 Asesoramiento nutricional
5250 Apoyo en toma de decisiones
5270 Apoyo emocional
5290 Facilitar el duelo
5330 Control del humor
5340 Presencia
5360 Terapia de entretenimiento
5380 Potenciación de la seguridad
5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo
5400 Potenciación de la autoestima
5430 Grupo de apoyo

5440 Aumentar los sistemas de apoyo
5450 Terapia de grupo
5510 Educación sanitaria
5520 Facilitar el aprendizaje
5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad
5604 Enseñanza grupo
5606 Enseñanza: individual
5610 Enseñanza medicamentos prescritos
5612 Enseñanza: Actividad / ejercicio prescrito
5614 Enseñanza: Dieta prescrita
5616 Enseñanza medicamentos prescritos
5618 Enseñanza: Procedimiento / Tratamiento
5620 Enseñanza: Habilidad psicomotora
5820 Disminución de la ansiedad
5880 Técnicas de relajación
6000 Imaginación simple dirigida
6160 Intervención en caso de crisis
6420 Restricción de zonas de movimiento
6440 Manejo del delirio
6450 Manejo de las ideas ilusorias
6460 Manejo de la demencia
6470 Precauciones contra fugas
6480 Manejo ambiental
6482 Manejo ambiental: Confort
6486 Manejo ambiental: seguridad
6487 Manejo ambiental: prevención violencia
6490 Prevención de caídas
6510 Manejo de las alucinaciones
6540 Control de las infecciones
6550 Protección contra las infecciones
6580 Sujeción física
6610 Identificación de riesgos
6654 Vigilancia: seguridad
7040 Apoyo al cuidador principal
7110 Fomento de la implicación familiar
7140 Apoyo a la familia
7150 Terapia familiar
7260 Cuidados intermitentes
7310 Cuidados de enfermería al ingreso
7320 Control de casos específicos
7330 Intermediación cultural
7370 Planificación del alta
7560 Facilitar las visitas
7960 Intercambio de información de cuidados
8180 Consulta por teléfono
8880 Protección de riesgos ambientales

ANEXO 5

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA RELACIONADA CON LAS TAXONOMÍAS ENFERMERAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

METODOLOGÍA

La estrategia de búsqueda se diseñó con la finalidad de identificar el mayor número de documentos relacionados con la aplicación de las Taxonomías Enfermeras en el campo de la salud mental, y más concretamente en las unidades psiquiátricas de agudos.

La búsqueda se centró en las principales bases de datos con contenidos de enfermería científica y/o de las ciencias sociales españolas y de Latinoamérica (Cuiden, Cuidatge, Enfispo, Bdie, Bdenf y Lilacs) y en tres bases de datos internacionales (Web of science Pubmed y Cinhal).

En general no se estableció una delimitación temporal, excepto en aquellos casos dónde el número de resultados obtenidos era muy elevado. La búsqueda se centró en la identificación de dos tipos de conceptos: 1) términos relacionados con las taxonomías enfermeras y 2) términos relacionados con la enfermería dentro del ámbito de la salud mental. Las palabras clave seleccionadas en español fueron por un lado: diagnósticos de enfermería, NANDA y taxonomías, y por otro: salud mental, psiquiatría, unidad de agudos y hospital*. En los casos que se consideró preciso se relacionaron entre si las diferentes palabras clave con el conector *and*. Para una correlación más detallada de las palabras clave en español y los documentos identificados con criterios de inclusión (ver **tabla 1** y **tabla 2**)

Tabla 1: Palabras clave buscadas en español según base de datos consultada.

PALABRAS CLAVE	CUIDEN	CUIDATGE	LILACS	BDIE	BDENF	ENFISPO	CINAHL
SALUD MENTAL (+ ENFERMERÍA)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA (and) SALUD MENTAL	SI	SI	SI	NO	SI	NO	---
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA (and) PSIQUIATRÍA	NO	NO	SI	SI	SI	NO	---
DIAGNOST* ENFERM*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
DIAGNOST* ENFERM* (and) PSIQUI*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
DIAGNOST* ENFERM* (and) SALUD MENTAL	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
NANDA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	---
NANDA (and) SALUD MENTAL	SI	NO	NO	NO	SI	NO	---
ENFERMERÍA (and) PSIQUIATRÍA	SI	NO	SI	NO	NO	SI	---
TAXONOMÍAS	SI	SI	SI	NO	NO	NO	---
TAXONOMÍAS (and) SALUD MENTAL	NO	SI	SI	SI	NO	NO	---
HOSPITALIZACIÓN (and) PSIQUIÁTRICA	SI	NO	NO	SI	NO	SI	---
UNIDAD AGUDOS (and) SALUD MENTAL	SI	NO	NO	SI	NO	NO	---

Fuente: elaboración propia

Las bases de datos detalladas en la **tabla 1** y **tabla 2** son en español, excepto Cinhal que es en inglés, la cual se ha decidido incluir en la búsqueda por ser una base específica en enfermería.

Tabla 2: Resultados de palabras clave buscadas en español en relación al número de artículos que cumplen con los criterios de inclusión.

PALABRAS CLAVE	CUIDEN	CUIDATGE	LILACS	BDIE	BDEF	ENFISPO	CINAHL
SALUD MENTAL (+ ENFERMERÍA)	2000/06→ 1228 + agudos: 19 doc→ 6	240 doc	345 doc	28 doc	214 doc	30 doc → 1	---
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA	489 doc	110 doc	256 doc	179 doc	161 doc → 1	81 doc →	1 doc
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA (and) SALUD MENTAL	56doc→ 9	29 doc → 1	0 doc	---	0 doc	0 doc	---
DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA (and) PSIQUIATRÍA	14 doc → 4	1 doc → 1	11 doc → 0	3 doc → 8	0 doc	0 doc	---
DIAGNOST* ENFERM*	0	0	0	0	0	0	63 doc→ 2
DIAGNOST* ENFERM* (and) PSIQUI*	0	0	0	0	0	0	5 doc→ 0
DIAGNOST* ENFERM* (and) SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	0	2 doc→0
NANDA		40 doc → 14	117doc →10	18 doc → 5	95 doc → 2	13 doc → 3	---
NANDA (and) SALUD MENTAL	28 doc → 10	1 → 0	0 doc	---	0 doc	0 doc	---
ENFERMERÍA (and) PSIQUIATRÍA	11doc	11 doc → 4	120 doc → 0	---	413 doc	12 doc → 4	---
TAXONOMÍAS	64 doc → 20	2 doc → 1	11 doc → 1	---	2 doc → 0	2 doc → 1	---
TAXONOMÍAS (and) SALUD MENTAL	6 doc → 4	0 doc	1 doc → 0	1 doc → 1	0 doc	0 doc	---
HOSPITAL* (and) PSIQUIÁTRICA	8 doc → 1	10 doc → 2	64 doc → 12	2 doc → 0	2 doc → 0	12 doc → 3	---
UNIDAD AGUDOS (and) SALUD MENTAL	13doc → 5	9 doc → 3	90 doc → 2	1 doc → 1	1 doc → 0	8 doc → 3	---

Fuente: elaboración propia

En ingles se utilizaron y relacionaron entre sí las palabras clave: NANDA (and) nurse, taxonomy (and) nurse, mental health (and) nurse, psychiatric (and) nurse, hospital* (and) psychiatric, nursing diagnoses (and) hospital* (and) psychi*, classificatio* nurs* (and) psychi* (and) hospital*, nursing diagnoses (and) drg o Drug*. Para ver con más detalle las palabras clave buscadas y los documentos encontrados con criterios de inclusión (ver **tabla 3** y **tabla 4**).

Tabla 3: Palabras clave buscadas en inglés según base de datos consultada.

PARABRAS CLAVE	PUBMED	WEB of SCIENCE	CINAHL
MENTAL HEALTH + NURSE	SI	SI	---
TAXONOMY + NURSE	SI	SI	---
NANDA (and) NURSE	SI	SI	---
NANDA (and) MENTAL HEALTH	SI	SI	---
PSYCHIATRI* (and) NURSE (and) INTERVENTION	SI	SI	---
HOSPITAL* (and) PSYCHIATRIC	SI	SI	---
NURSING DIAGNOSES	---	---	SI
NURSING DIAGNOSES (and) HOSPITAL*	---	---	SI
NURSING DIAGNOSES (and) HOSPITAL* (and) PSYCHI*	---	---	SI
NURSING DIAGNOSES (and) MENTAL HEALTH	---	---	SI
NURSING TAXON*	---	---	SI

NURSING DIAGNOSES (and) DRG	---	---	SI
NURSING DIAGNOSES (and) DRUG*	---	---	SI
NURSING TAXON* (and) PSYCHI*	---	---	SI
CLASSIFICATIO* NURS* (and)PSYCHI*	---	---	SI
CLASSIFICATIO* NURS* (and) PSYCHI* (and) HOSPITAL*	---	---	SI
NURSING DIAGNOSES HOSPITAL*(and) PSYCHI*	---	---	SI

Fuente: elaboración propia

Tabla 4: Resultados de palabras clave buscadas en inglés en relación al número de artículos encontrados que cumplen con los criterios de inclusión.

PARABRAS CLAVE	PUBMED	WEB of SCIENCE	CINAHL
MENTAL HEALTH + NURSE	47 DOC → 2	347 DOC → 1	---
TAXONOMY + NURSE	139 → 1	30 DOC → 2	---
NANDA (and) NURSE	33 DOC. → 3	32 DOC → 0	---
PSYCHIATRI* (and) NURSE (and) INTERVENTION	63 DOC → 3	100 DOC → 2	---
HOSPITAL* (and) PSYCHIATRIC	571 DOC	13.087 DOC	---
ACUTE (and) HOSPITAL* PSYCHIATRIC	78 DOC → 0	1131 DOC	---

NURSING DIAGNOSES	---	---	900 DOC
NURSING DIAGNOSES (and) HOSPITAL*	---	---	303 DOC
NURSING DIAGNOSES (and) HOSPITAL* (and) PSYCHI*	---	---	70 DOC
NURSING DIAGNOSES (and) MENTAL HEALTH	---	---	66 DOC → 1
NURSING TAXON*	---	---	23 DOC → 2
NURSING DIAGNOSES (and) DRG	---	---	9 DOC → 0
NURSING DIAGNOSES (and) DRUG*	---	---	49 DOC → 0
NURSING TAXON* (and) PSYCHI*	---	---	5 DOC → 0
CLASSIFICATIO* NURS* (and) PSYCHI*	---	---	51 DOC → 1
CLASSIFICATIO* NURS* (and) PSYCHI* (and) HOSPITAL*	---	---	28 DOC → 1
NURSING DIAGNOSES HOSPITAL* (and) PSYCHI*	---	---	25 DOC → 1

Fuente: elaboración propia

A partir de los resúmenes se realizó una primera revisión de los artículos, se seleccionaron aquellos textos que contenían aspectos relacionados con el tema de estudio, a partir de aquí se procedió a realizar una recopilación de los artículos seleccionados, no siendo posible la recuperación completa de todos ellos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los artículos que contemplaran los siguientes términos:

1. Diagnósticos de enfermería y sus aplicaciones en el ámbito de la salud mental.
2. Textos referentes a la hospitalización psiquiátrica en unidades de agudos.

Criterios de exclusión:

1. Artículos sobre diagnósticos de enfermería aplicados en otras áreas de asistencia, que aun haciendo referencia a trastornos psíquicos no eran actividades específicas de una unidad de salud mental. (Ej. Tratamiento de la ansiedad en el preoperatorio).
2. Artículos que hicieran referencia a intervenciones de enfermería en salud mental en ámbitos diferentes a la hospitalización.
3. La muestra de estudio fuera población: infantil, adolescente, o personas mayores de 65 años.
4. Documentos que no fueran artículos, como tesis y simposiums.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto al análisis de los resultados en relación a la pertinencia, la adecuación, la calidad y la cantidad de información de las diferentes bases de datos consultadas, se detallan las siguientes características:

CUIDEN

Base de datos de la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana en todos los ámbitos de la profesión. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y materiales no publicados.

Es la base de datos dónde se ha encontrado más referencias en la mayoría de las palabras clave buscadas, así como un mayor número de artículos seleccionados que cumplían con los criterios de inclusión.

CUIDATGE

Base de datos con referencias Bibliográficas de Revistas de Enfermería y de otras disciplinas de las ciencias de la salud, recibidas en la biblioteca de enfermería de la *Universitat Rovira i Virgili*. El número de referencias encontradas ha sido menor que en el caso de la base de datos mencionada anteriormente, además la mayoría de publicaciones seleccionadas ya habían sido identificadas en la base de datos CUIDEN.

BVS (Biblioteca Virtual en Salud)

En ella destacamos las siguientes bases:

- ***LILACS***: bases de datos de literatura latinoamericana de ciencias de la salud.
- ***BDEF***: base de datos de la enfermería latinoamericana y del Caribe.

Son dos de las bases de datos seleccionadas donde se ha identificado un mayor número de referencias, aunque la mayor parte de ellas producidas en Brasil, motivo por el cual se excluyeron muchos de sus artículos, por un lado por la diferencia de infraestructuras sanitarias, y por otro debido a la dificultad de acceso a los textos completos.

BDIE (Base de Datos para la Investigación en Enfermería)

Base de datos bibliográfica sobre la producción bibliográfica de enfermería en España desde 1990 hasta la actualidad. Es una base compleja y con pocas referencias bibliográficas sobre las palabras clave de interés para el estudio. También se encuentran en dicha base, tesis de la Biblioteca Nacional de las Ciencias de la Salud y Simposiums relacionados con diagnósticos de enfermería, excluidos de nuestro criterio de selección.

ENFISPO

Base de datos que contiene un catálogo de revistas en español, se reciben en la biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Junto con BDIE es la base de datos con menos referencias encontradas sobre las palabras clave elegidas para el estudio, con un número de artículos seleccionados similar entre las dos, pero con diferencias sobre el tipo de producción, puesto que en ENFISPO todo fueron artículos de revistas.

Después de realizar la lectura de más de quinientos resúmenes en español, se seleccionaron en un primer momento un centenar de artículos para adquirirlos a texto completo, de los cuales sólo cincuenta se acabaron recopilando. Los textos restantes fueron descartados debido a la dificultad de acceso al texto completo, o bien por ser tesis o simposiums. De los cincuenta artículos recopilados sólo se seleccionaron catorce para su lectura más exhaustiva.

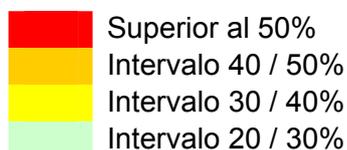
Tras el proceso de búsqueda bibliográfica, y la posterior elección de los artículos que cumplían los criterios de selección, podemos concluir que la mayor parte de producción de artículos científicos registrados en las bases de datos españolas, se concentra en las siguientes revistas: Revista Rol de enfermería, Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Metas Enfermería y Revista Presencia.

De las tres bases de datos consultadas en inglés, dos de ellas (**WEB OF SCIENCE** y **PUBMED**) no son específicas de enfermería, sino que engloban documentos de ciencias de la salud en general. La única base de datos específica de enfermería consultada fue **CINHAL** (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*), la cual registra desde 1982 y hasta la actualidad referencias y resúmenes de artículos publicados en más de 950 revistas de enfermería y de otras ciencias de la salud en inglés, publica prácticamente todas las publicaciones de la *American Nurses's Association* y la *National League for Nursing*. Las publicaciones identificadas y seleccionadas en **CINHAL** ya se habían identificado en las otras bases de datos consultadas.

En estas bases, el número encontrado de referencias sobre las palabras clave de interés para el estudio fue muy alto, pero no el número de artículos que se adecuaban a los criterios de inclusión (ver **tabla 4**). Después de identificar más de mil documentos, se analizaron catorce *abstracts* que cumplían con los criterios de inclusión, y tan sólo cuatro fueron seleccionados para una lectura más exhaustiva.

ANEXO 6

Distribución de los Diagnósticos de Enfermería en los 9 GDR



Prevalencias

GDR 425			
Reacción de Adaptación Aguda y Trastorno Disfuncional Psicosocial			
		n	%
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	11	52,38
00095	Deterioro del patrón de sueño	10	47,62
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	10	47,62
00140	Riesgo de violencia autodirigida	7	33,33
00052	Deterioro de la interacción social	6	28,57
00072	Negación ineficaz	6	28,57
00069	Afrontamiento inefectivo	5	23,81
00079	Incumplimiento del tratamiento	5	23,81
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	5	23,81
00109	Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento	5	23,81

GDR 426			
Neurosis Depresivas			
		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	31	52,54
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	26	44,07
00146	Ansiedad	18	30,51
00140	Riesgo de violencia autodirigida	15	25,42
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	14	23,73
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	14	23,73
00069	Afrontamiento inefectivo	13	22,03
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	12	20,34

GDR 427			
Neurosis Excepto Depresivas			
		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	7	50,00
00060	Interrupción de los procesos familiares	6	42,86
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	5	35,71
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	5	35,71
00146	Ansiedad	5	35,71
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	4	28,57
00126	Conocimientos deficientes (especificar)	4	28,57
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	4	28,57
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	3	21,43
00108	Déficit de autocuidado: baño / higiene	3	21,43

GDR 428			
Trastornos de Personalidad y Control de los Impulsos			
		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	50	46,73
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	44	41,12
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	39	36,45
00146	Ansiedad	38	35,51
00140	Riesgo de violencia autodirigida	29	27,10
00069	Afrontamiento inefectivo	28	26,17
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	26	24,30
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	25	23,36

GDR 429			
Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental			
		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	10	47,62
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	10	47,62
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	8	38,10
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	8	38,10
00140	Riesgo de violencia autodirigida	7	33,33
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	6	28,57
00146	Ansiedad	6	28,57
00069	Afrontamiento inefectivo	5	23,81
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	5	23,81

GDR 430

Psicosis

		n	%	n
00095	Deterioro del patrón de sueño	297	53,32	
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	251	45,06	
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	215	38,60	
00140	Riesgo de violencia autodirigida	170	30,52	
00146	Ansiedad	209	37,52	
00069	Afrontamiento inefectivo	139	24,96	
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	123	22,08	

GDR 431

Trastornos Mentales de la Infancia

		n	%
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	5	55,56
00146	Ansiedad	4	44,44
00069	Afrontamiento inefectivo	3	33,33
00079	Incumplimiento del tratamiento	3	33,33
00126	Conocimientos deficientes (especificar)	3	33,33
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	3	33,33
00060	Interrupción de los procesos familiares	2	22,22
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	2	22,22
00095	Deterioro del patrón de sueño	2	22,22
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	2	22,22
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	2	22,22
00140	Riesgo de violencia autodirigida	2	22,22

GDR 432

Otros Diagnósticos de Trastorno Mental

		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	3	60
00069	Afrontamiento inefectivo	2	40
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	2	40
00046	Deterioro de la integridad cutánea	1	20
00060	Interrupción de los procesos familiares	1	20
00063	Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo	1	20
00071	Afrontamiento defensivo	1	20
00072	Negación ineficaz	1	20
00073	Afrontamiento familiar incapacitante	1	20
00077	Afrontamiento inefectivo de la comunidad	1	20
00079	Incumplimiento del tratamiento	1	20
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	1	20
00127	Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	1	20
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	1	20
00139	Riesgo de automutilación	1	20
00146	Ansiedad	1	20

GDR 521**Abuso o Dependencia de Alcohol/Drogas**

		n	%
00095	Deterioro del patrón de sueño	52	43,33
00130	Trastorno de los procesos de pensamiento	52	43,33
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	44	36,67
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	43	35,83
00146	Ansiedad	43	35,83
00140	Riesgo de violencia autodirigida	37	30,83
00069	Afrontamiento inefectivo	34	28,33
00122	Trastorno de la percepción sensorial: (visual, auditiva, cenestésica, gustativa)	26	21,67