

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología**



**TESIS DOCTORAL**

**Precisión en dos diagnósticos enfermeros relacionados con la  
terapéutica en atención primaria: incumplimiento del tratamiento y  
manejo efectivo del régimen terapéutico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Jorge Diz Gómez**

Directores

Juan Vicente Beneit Montesinos  
Enrique Pacheco del Cerro

**Madrid, 2013**

ISBN: 978-84-616-5420-8

© Jorge Diz Gómez, 2011

# Universidad Complutense de Madrid

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología



---

**“PRECISIÓN EN DOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON LA TERAPÉUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO”**

---

**Tesis Doctoral: Jorge Diz Gómez**

**Madrid 2011**

**Dirección:**

**Prof. D. Juan Vicente Beneit Montesinos**

**Prof. D. Enrique Pacheco del Cerro**



**A mi familia: mi mujer Pilar, mis  
hijos Beatriz y Jaime y mi nieto  
Jorge.**

**A mis padres en el recuerdo**



# Agradecimientos

La realización de esta tesis ha sido posible gracias a las aportaciones, recomendaciones, consejos y apoyos de numerosas personas.

En primer lugar, mi agradecimiento a los directores de mi tesis, Prof. Dr. Juan Vicente Beneit Montesinos y Prof. Dr. Enrique Pacheco del Cerro, sin cuyo ánimo, consejos y recomendaciones no hubiera sido posible dar comienzo, desarrollo y término a la misma.

Especialmente quiero agradecer a ambos, su confianza puesta en mi persona desde los primeros tiempos de mi contacto con la Universidad Complutense y reconocerles su determinación y dedicación en el inicio y desarrollo de los estudios de grado y postgrado de Enfermería en la U.C.M..

Así mismo quiero mostrar mi agradecimiento:

A las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria de las once Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid por su colaboración, especialmente a Carmen Ferrer, que me abrió las puertas para la obtención de los datos imprescindibles para la realización de esta tesis. También a los técnicos de las Direcciones Gerencia de las Áreas Sanitarias madrileñas, anónimos para mí, que con su trabajo facilitaron la extracción de los datos de los sistemas informáticos sanitarios.

A Nury Alejo, Ramón del Gallego, M<sup>a</sup> Antonia López, Amelia Mendoza, Javier Pérez y Milagros Rico por su contribución desinteresada y muy valiosa, en la realización de la primera fase de mi tesis.

A mis compañeros de despacho de la Escuela Universitaria de Enfermería, José M<sup>a</sup> Blanco, Esther García, Alfonso Meneses y Ana Belén



Rivas que me acompañan a diario y me han dado constantes ánimos y consejos para la realización de la tesis. También recuerdo, en estos momentos de agradecimiento a Ana Vos y José Luis Pacheco, que en todo momento me han aportado sus ideas y recomendaciones.

Así mismo quiero expresar mi agradecimiento más sincero a Eladio Martín, por su ayuda en las tareas informáticas de edición.

Y termino agradeciendo, muy especialmente, a mi mujer, Pilar, por su comprensión, ánimo y cariño demostrados en todos estos años de trabajo en la tesis.



## ÍNDICE



ÍNDICE .....	1
ABREVIATURAS .....	7
1.-INTRODUCCIÓN .....	9
1.1.HISTORIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS .....	11
1.2.ESTRUCTURA DIAGNÓSTICA ENFERMERA .....	21
1.3.LOS DOS DIAGNÓSTICOS A ESTUDIO: “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO” .....	29
1.4. VISIÓN DE LOS DOS DIAGNÓSTICOS EN DIVERSOS AUTORES .....	37
1.5. RELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO” Y LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Y LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) .....	57
1.6. EL NO CUMPLIENTO DE LOS TRATAMIENTOS .....	77
1.7. LA PRECISION DIAGNOSTICA EN ENFERMERIA .....	85
2.-JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	95
2.1.JUSTIFICACIÓN .....	97
2.2.OBJETIVOS .....	103
3.-METODOLOGÍA .....	107
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	109
3.1. PRIMERA FASE .....	111
3.1.1. 1ª SESIÓN .....	112
3.1.2. 2ª SESIÓN .....	113
3.1.3. 3ª SESIÓN .....	114
3.2. SEGUNDA FASE .....	115

3.2.1. POBLACIÓN .....	116
3.2.2. VARIABLES .....	117
3.2.3. CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES .....	119
4.-RESULTADOS .....	121
4.1. RESULTADOS DE LA 1ª FASE .....	123
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS CONSIDERADAS SIMILARES O EQUIVALENTES POR EL GRUPO DE EXPERTOS, ENTRE LAS DE LOS DIAGNÓSTICOS NANDA-I “INCUMPLIMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO” .....	125
4.1.2. FACTORES RELACIONADOS CONSIDERADOS SIMILARES O EQUIVALENTES POR EL GRUPO DE EXPERTOS, ENTRE LOS DE LOS DIAGNÓSTICOS NANDA-I “INCUMPLIMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO” .....	126
4.2. RESULTADOS DE LA 2ª FASE .....	129
4.2.1. DATOS GENERALES .....	131
4.2.1.1. POBLACIÓN ADSCRITA A LAS DISTINTAS ÁREAS SANITARIAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LOS AÑOS 2006, 2007 Y 2008 (POBLACIÓN DIANA) .....	131
4.2.1.2. NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA POR ÁREA SANITARIA  DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LOS AÑOS 2006, 2007 Y 2008 .....	133
4.2.2. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIO .....	134
4.2.2.1. NÚMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS POR ÁREA SANITARIA (POBLACIÓN A ESTUDIO) .....	134
4.2.2.2. SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS .....	135
4.2.2.3. EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS .....	135
4.2.3. DATOS DE LOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS .....	136

4.2.3.1. DISTRIBUCIÓN DEL TOTAL DE LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS POR AÑO .....	136
4.2.3.2. DISTRIBUCIÓN DEL CONJUNTO DE DIAGNÓSTICOS ENTRE LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS .....	137
4.2.3.3. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS UTILIZADAS PARA LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS .....	138
4.2.3.4. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO .....	139
4.2.3.5. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	139
4.2.3.6. DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS CONJUNTAMENTE .....	140
4.2.3.7. DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA EL DIAGNÓSTICO MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO .....	140
4.2.3.8. DISTRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA EL DIAGNÓSTICO INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	140
4.2.3.9. FACTORES RELACIONADOS UTILIZADOS PARA LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS .....	141
4.2.3.10. FACTORES RELACIONADOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO .....	142
4.2.3.11. FACTORES RELACIONADOS UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	142
4.2.3.12. DISTRIBUCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS CONJUNTAMENTE .....	143

4.2.3.13. DISTRIBUCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA EL DIAGNÓSTICO MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO .....	143
4.2.3.14. DISTRIBUCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS SIMILARES Y NO SIMILARES PARA EL DIAGNÓSTICO INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	143
4.2.4. DATOS DE LOS EPISODIOS CIAP .....	144
4.2.4.1. EPISODIOS CIAP EN LOS DOS DIAGNÓSTICOS ESTUDIADOS .....	144
4.2.4.2. EPISODIOS CIAP EN EL DIAGNÓSTICO MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO .....	145
4.2.4.3. EPISODIOS CIAP EN EL DIAGNÓSTICO INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO .....	145
5.-DISCUSIÓN .....	147
5.1.DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA .....	149
5.2.DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	155
6.-CONCLUSIONES .....	161
7.-BIBLIOGRAFÍA .....	165
8.-ANEXOS .....	175

## ABREVIATURAS

ACP	Analgesia controlada por el paciente
CAP	Centro de Atención Primaria
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
EAP	Equipo de atención primaria
i.m.	intra-muscular
i.v.	intra-venoso
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association - International
NDAS	Nursing Diagnosis Accuracy Scale
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud
SQL	Structured Query Language
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians



## 1. INTRODUCCIÓN



## **1.1. HISTORIA DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS**



## HISTORIA DE LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS

El origen de la actividad diagnóstica en el ámbito de la salud, siguiendo al Prof. Laín,(1) aparece con los médicos hipocráticos o si se apura con Alcmeón de Crotona, al ser ellos los que por primera vez inician el cumplimiento consciente de los requisitos que exige la práctica del “diagnóstico sensu stricto” y convierten en verdadero término técnico una palabra ya usada en los tiempos homéricos con un sentido más amplio, el verbo *diagignôskein*, dándole un sentido técnico al sustantivo *diágnôsis* (distinción, discernimiento; medio de distinguir o discernir algo; conocimiento en juicio, juicio; decisión, fallo).(2)

Señala Laín que tres deben ser las características que debe tener una formulación diagnóstica para ser considerada formalmente como tal:

- 1º el nombre o etiqueta empleado debe proceder de una actitud mental que temáticamente haya excluido de su actividad toda apelación al pensamiento mágico, es decir que provenga del razonamiento crítico
- 2º el proceso mental por el cual el profesional llega a su conclusión diagnóstica debe estar regido por un método admitido y consciente
- 3º la palabra o palabras utilizadas en la denominación del diagnóstico concreto debe ser un verdadero término técnico y cuya significación sea unívocamente entendida por todos los que como “técnicos” en su oficio la emplean.

Lo contrario al término técnico que se requiere para hablar de un diagnóstico estricto, sería la “nominación cuasi-diagnóstica”, que Laín señala que puede tener tres formas distintas: empírica, mágica o imaginativa.

Enfermería ha utilizado durante mucho tiempo nominaciones cuasi-diagnósticas imaginativas, es decir usaba etiquetas diagnósticas basadas en la arbitrariedad, no utilizando un método científico y recurriendo a hipótesis no comprobables.

En el momento actual de la historia de la ciencia enfermera se observa que por parte de los profesionales enfermeros se están dando los pasos para alcanzar el nivel

metodológico exigible, usando en su práctica profesional diagnósticos “sensu stricto”, abandonando la etapa cuasi-diagnóstica, basada fundamentalmente en el conocimiento empírico, o en realidades hipotéticas y en nociones explicativas que eluden el conocimiento objetivo, racional y susceptible de universalización o en explicaciones imaginativas desarrolladas arbitrariamente, sin método, que recurren a hipótesis no comprobables dándolas como ciertas.

Así podemos afirmar que los profesionales enfermeros, basan el desarrollo del proceso diagnóstico en dos actividades esenciales y sucesivas:

En la observación en un sentido amplio y en la inferencia.

Mediante la observación obtienen datos metódicamente, sobre los que basan la conclusión diagnóstica y mediante la inferencia consiguen una formulación precisa del juicio diagnóstico, es decir convierten los datos “brutos” de la observación en saber científico, terapéuticamente valioso.

Para esto, ha sido esencial el desarrollo del conocido como Proceso Enfermero. Kozier et al., en su libro “Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica”(3) indican que el Proceso Enfermero, como método de trabajo científico, es relativamente nuevo, y señalan a Hall (1955) como la persona que crea el término y a Johnson (1959), Orlando (1961), y Wiedenbach (1963) como las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen la manera de actuar de la enfermeras profesionales.

Henderson (1965) afirmó que el Proceso de Enfermería comprendía las mismas etapas que el método científico y Bloch (1974) incorpora el diagnóstico como fase independiente, quedando el Proceso Enfermero en 5 fases definitivamente: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

Por otro lado la profesión ha desarrollado clasificaciones de los problemas a tratar por las enfermeras, es decir clasificaciones de diagnósticos enfermeros, con un lenguaje común, internacionalmente aceptados y con una gran expansión en su uso.

A lo largo del tiempo, diversos autores han definido el concepto de diagnóstico enfermero (4):

Abbellah (1957) lo define como “Determinación de la naturaleza y la extensión de los problemas enfermeros que presentan los pacientes individuales o las familias que reciben cuidados enfermeros”.

Durand-Prince (1966) como “Formulación de una conclusión resultante del reconocimiento derivado de una investigación enfermera del paciente”.

Gebbie, Lavin (1975) como “Juicio o conclusión que se produce como resultado de una valoración enfermera”.

Bircher (1975) como “Función enfermera independiente. Una evaluación de las respuestas personales de un cliente a su experiencia humana a lo largo de un ciclo vital, ya sea de desarrollo o crisis accidentales, enfermedades, dificultades u otros tipos de estrés”.

Aspinall (1976) como “Proceso de inferencia clínica a partir de los cambios observados en el estado físico o psicológico del paciente; si se lleva a cabo con exactitud e inteligencia, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología”.

Gordon (1976) como “ Problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar”.

Roy (1982) como “Es una frase o término conciso que resume un grupo de indicadores empíricos que representan patrones de un único individuo”.

Shoemaker (1984) como “Es un juicio clínico acerca de un individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y controlado de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones de un tratamiento definitivo a cargo de la enfermera. Se expresa concisamente e incluye la etiología de la alteración cuando es conocida”.

Carpenito (1997) como “Es una formulación que describe la respuesta humana ( estado de salud o patrón de interacción alterados, actuales / potenciales ) de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual la enfermera puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones”.

Todas estas definiciones incorporan, en alguna medida, los elementos del metaparadigma enfermero: persona, cuidado enfermero, salud y entorno e intentan relacionarlos ente sí.

Así mismo señalan la necesidad de utilizar el pensamiento crítico para el análisis de los datos de valoración y llegar a una conclusión diagnóstica.

Existe una clara diferencia entre diagnósticos enfermeros y diagnósticos médicos: aquellos describen una respuesta humana, las respuestas físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales a una enfermedad, a un problema de salud o, simplemente a una situación relacionada con la salud; mientras que los diagnósticos médicos se refieren a los problemas morbosos: respuestas fisiopatológicas específicas que son bastante uniformes entre diversos pacientes.

Un diagnóstico médico perdura en el paciente mientras el proceso morboso está presente, por el contrario el diagnóstico enfermero varía a medida que cambia la respuesta del individuo a esa situación.(5)

La definición de diagnóstico enfermero más utilizada en la actualidad, es la desarrollada por la NANDA en 1990 en su novena conferencia, que lo define como: "Juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos de enfermería proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable".

En la publicación de los diagnósticos de la NANDA para los años 1992-1993 se describen tres tipos de diagnósticos enfermeros posibles: Diagnósticos de enfermería reales, Diagnósticos de alto riesgo y Diagnósticos de salud.

Las descripciones para los distintos tipos de diagnósticos son las siguientes:

Diagnósticos de enfermería reales son conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas a procesos vitales/problemas de salud que existen en el individuo, familia o comunidad. Los diagnósticos de enfermería reales están apoyados por las características definitorias (manifestaciones / signos y síntomas) que se agrupan en

patrones de claves o inferencias relacionadas. Los factores relacionados (etiologías) son factores que contribuyen al desarrollo o persistencia de un diagnóstico real.

Los Diagnósticos de alto riesgo son conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas a procesos vitales / problemas de salud que pueden desarrollarse en individuos, familias o comunidades vulnerables. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo están apoyados por los factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.

Y los diagnósticos de salud son conceptos diagnósticos que describen respuestas humanas de niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que tienen el potencial de adquirir un nivel más alto.(6)

En la publicación de los Diagnósticos de NANDA-I para 2007-2008 se incorpora el concepto de Diagnóstico enfermero de promoción de la salud, describiéndole como el juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción de la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar. Esta disposición se apoya en características definitorias. Las intervenciones se seleccionan conjuntamente con la persona, familia o comunidad para asegurarse al máximo la habilidad para alcanzar los resultados esperados.

Así mismo, en la publicación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA-I de 2007-2008, se incorpora a la definición clásica el concepto de “resultado” (en salud) en lugar de “objetivos” para enriquecer la definición inicial, quedando redactado de la siguiente manera “Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan las bases para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que las enfermeras son responsables”(7)

En la actualidad, NANDA-I se está planteando modificar la definición de diagnóstico enfermero, para poder dar cabida en la taxonomía a los denominados problemas clínicos de colaboración.

Coinciden los autores,(8), (9), (10) en señalar la reunión que se celebró en 1973, en la Escuela de Enfermería de la Universidad de St. Louis, como el hito más importante para la aceptación y utilización de los Diagnósticos de Enfermería. Pero con anterioridad se realizaron acciones tendentes a conseguir desarrollar diagnósticos enfermeros.

Así en 1.950 R. Louise Mcnaus uso por primera vez el término de Diagnóstico Enfermero al discutir de las funciones profesionales refiriéndose a la identificación de problemas.

Posteriormente en 1.953 Vera Fry indica la posibilidad de formular un diagnóstico enfermero tras la observación de cinco áreas del paciente: a)Tratamiento y medicación, b)Higiene personal, c)Necesidades ambientales, c)Guía y enseñanza, d)Necesidades humanas y personales.

En 1.955 Lesnick y Anderson definen que el área de responsabilidad de la enfermera puede llamarse Diagnóstico Enfermero.

En 1.960 Faye Abdellah propuso un sistema de ordenación para identificar problemas clínicos, éste sistema se aplicó en algunas escuelas para facilitar a los alumnos la identificación de los problemas de los pacientes.

Numerosos fueron los profesionales que durante los años 60 trabajaron e investigaron acerca de la utilización del diagnóstico enfermero, como es el caso de Bonney y Rothberg que a principios de los años sesenta del siglo XX emplearon el diagnóstico enfermero como un instrumento de evaluación del paciente para predecir las necesidades de cuidado enfermero de los mismos.

En la década de los 70 del siglo XX, la AMA (Asociación Americana de Enfermería) reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, incluyéndolos en los “Estándares de la Práctica de Enfermería” dándoles carta de legalidad para la actividad profesional independiente en ese país y otorgándoles significación de referencia para la evaluación de la calidad de la práctica profesional.

A raíz de estos hechos, Gebbie y Lavin (1973) convocan la “1ª Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”, estructurándose a partir de ella el “Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería”.

En 1982 y durante la V Conferencia, se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), en esta Conferencia se configura un grupo de trabajo, dirigido por Kritek, que da forma a la primera taxonomía de los diagnósticos enfermeros de NANDA; para elaborar dicha taxonomía se basan en los trabajos realizados con anterioridad por un grupo de 14 teóricas dirigido por Callista Roy que propusieron desarrollar un sistema organizativo para agrupar los diagnósticos enfermeros, de acuerdo a una clasificación estructurada, que tuviera como modelo de referencia los nueve patrones del Hombre Unitario.

El grupo de Kritek centra su trabajo en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve Patrones del Hombre Unitario y modifican la terminología, cambiando la expresión Patrones del Hombre Unitario por Patrones de Respuesta Humana.

No es hasta la VII Conferencia (1986) en que se aprueba la Taxonomía I NANDA, basando la agrupación de las etiquetas diagnósticas en función de los nueve Patrones de Respuesta Humana; así se sucedieron revisiones de la Taxonomía I a lo largo de los años 1989, 1990, 1992.

En la Conferencia de 1994 y ante los problemas para clasificar correctamente los nuevos diagnósticos aprobados, el Comité para la Taxonomía pensó en establecer una nueva estructura taxonómica; así y después de trabajar sobre distintos proyectos, en

1998, el comité para la Taxonomía presentó a la Junta de Directores de la NANDA cuatro clasificaciones Q con diferentes marcos: uno con enfoque naturalista, un segundo siguiendo el marco de Jenny(1994) (11), un tercero que empleaba el marco de la NOC de Johnson y Maas (1997) (12), y un cuarto basado en el marco de los Patrones Funcionales de M. Gordon (1998) (13); ninguno de los cuatro se considero plenamente satisfactorio, aunque se decidió que el basado en el marco de M. Gordon, era el mejor.

Así, con permiso de M. Gordon, se modificó ligeramente la estructura inicial de los Patrones Funcionales y se obtuvo una quinta propuesta que paso a denominarse, después de diversos trabajos, Taxonomía II, presentada en la 14ª Conferencia en abril de 2002 y publicándose por primera vez en el libro “Diagnósticos Enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación. 2001-2002”. (14)

## **1.2. ESTRUCTURA DIAGNOSTICA ENFERMERA**



## **ESTRUCTURA DIAGNOSTICA ENFERMERA**

La Taxonomía II de la NANDA tiene una estructura con tres niveles, denominados: dominios, clases y diagnósticos enfermeros.

Dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés” y una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado” (15)

Los dominios son 13, que se corresponden a :

- 1.-Promoción de la salud
- 2.-Nutrición
- 3.-Eliminación
- 4.-Actividad/Reposo
- 5.-Percepción/Cognición
- 6.-Autopercepción
- 7.-Rol/Relaciones
- 8.-Sexualidad
- 9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- 10.-Principios Vitales
- 11.-Seguridad/Protección
- 12.-Confort
- 13.-Crecimiento/Desarrollo

Las clases son 46, distribuidas entre los 13 dominios de la siguiente manera:

- 1.-Promoción de la salud:
  - a.-Toma de conciencia de la salud
  - b.-Manejo de la salud
- 2.-Nutrición:

- a.-Ingestión
- b.-Digestión
- c.-Absorción
- d.-Metabolismo
- e.-Hidratación

### 3.-Eliminación:

- a.-Sistema urinario
- b.-Sistema gastrointestinal
- c.-Sistema integumentario
- d.-Sistema pulmonar

### 4.-Actividad/Reposo:

- a.-Reposo/sueño
- b.-Actividad/ejercicio
- c.-Equilibrio de la energía
- d.-Respuestas cardiovasculares/respiratorias

### 5.-Percepción/Cognición:

- a.-Atención
- b.-Orientación
- c.-Sensación/percepción
- d.-Cognición
- e.-Comunicación

### 6.-Autopercepción:

- a.-Autoconcepto
- b.-Autoestima
- c.-Imagen corporal

### 7.-Rol/Relaciones:

- a.-Roles de cuidador
- b.-Relaciones familiares
- c.-Desempeño del rol

### 8.-Sexualidad:

- a.-Identidad sexual
- b.-Función sexual

c.-Reproducción

9.-Afrontamiento/Tolerancia al estrés:

a.-Respuesta postraumática

b.-Respuestas de afrontamiento

c.-Estrés neuro-comportamental

10.-Principios vitales:

a.-Valores

b.-Creencias

c.-Congruencia de las acciones con los valores/creencias

11.-Seguridad/Protección:

a.-Infección

b.-Lesión física

c.-Violencia

d.-Peligros ambientales

e.-Procesos defensivos

f.-Termorregulación

12.-Confort:

a.-Confort físico

b.-Confort ambiental

c.-Confort social

13.-Crecimiento/Desarrollo:

a.-Crecimiento

b.-Desarrollo

Así mismo la Taxonomía II tiene una estructura codificada que sigue las recomendaciones de la National Library of Medicine, respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud.

La Taxonomía II está registrada con un Health Level 7 ([www.HL7.org](http://www.HL7.org)) y está incluida en el mapa de la Statical Nomenclature of Medicine, en el NLM's Unified Medical Language System ([www.nlm.nih.gov/research/umls/umls-main.html](http://www.nlm.nih.gov/research/umls/umls-main.html)) y en la SNOMED-CT ([www.snomed.org](http://www.snomed.org)) al haber sido aceptada como terminología estándar para el

United States Department of Health and Human Services, la United States Consolidated Health Information Initiative, y el United Kingdom's National Health Service.

Su estructura es multiaxial, y son 7 los ejes que la conforman:

Eje 1 Concepto diagnóstico

Eje 2 Tiempo

Eje 3 Unidad de cuidados

Eje 4 Etapas de desarrollo

Eje 5 Potencialidad

Eje 6 Descriptor

Eje 7 Topología

Eje 1 Concepto diagnóstico: El Concepto diagnóstico se define como el elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz de la formulación diagnóstica.

En la Taxonomía II de la NANDA hay 99 conceptos diagnóstico, que cubren todo el espectro de la práctica clínica enfermera(16)

Eje 2 Tiempo : El Tiempo se define como la duración de un período o intervalo y sus valores son agudo, crónico, intermitente y continuo.

Eje 3 Unidad de cuidados: La unidad de cuidados es la población concreta para la que se formula el diagnóstico, y sus valores son individuo, familia, grupo y comunidad.

Eje 4 Etapas de desarrollo: Hace referencia a la edad del individuo, y en la Taxonomía II los valores de este eje son feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, anciano joven, anciano y gran anciano.

Eje 5 Potencialidad: Hace referencia este eje al estado de salud, y se define como la posición o rango en el continuum de salud de bienestar a enfermedad o muerte; sus valores son bienestar, riesgo y real.

Eje 6 Descriptor: Es el juicio que limita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero y se expresa mediante un adjetivo o un sustantivo (ej.: anticipado, comprometido, inefectivo, habilidad, incapacidad, etc.). Sus valores son 27 (17)

Eje 7 Topología: Este eje hace referencia a las partes o regiones corporales: todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas. Sus valores son auditivo, cardiopulmonar, cerebral, cutáneo, gastrointestinal, gustativo, intestinal, intracraneal, membranas mucosas, neurovascular periférico, olfatorio, oral, renal, táctil, urinario, vascular periférico y visual.

Los diagnósticos pueden ser “reales”, “de riesgo” o “de salud”.(18)

Diagnóstico real: Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Diagnóstico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Diagnóstico de salud: Describen respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que presentan en el potencial de avance un nivel más elevado. ( en la edición de los Diagnósticos de la NANDA de 2001-2002, queda redactado de la siguiente forma: “Describen respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar”). (19)

Los componentes de los diagnósticos enfermeros de la NANDA-I son:

Para los Diagnósticos Reales:

Etiqueta o nombre del diagnóstico

Definición

Características definitorias

Factores relacionados

Para los diagnósticos de Riesgo:

Etiqueta o nombre del diagnóstico

Definición

Factores relacionados

Y se describen de la siguiente manera: (20)

Etiqueta o nombre del diagnóstico: Proporciona una denominación para el diagnóstico; es una frase concisa que puede incluir descriptores.

Definición: Da una explicación clara, precisa, del diagnóstico. Expresa su naturaleza esencial y delimita su significado.

Características definitorias: Son evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de la etiqueta diagnóstica.

Factores relacionados: Factores que parecen mostrar algún tipo de relación con el diagnóstico. Pueden describirse como antecedentes, asociados, relacionados, contribuyentes o coadyuvantes al mismo. En los diagnósticos de riesgo, los factores relacionados pueden ser ambientales, fisiológicos, psicológicos, genéticos, o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad a la aparición de una respuesta poco saludable.

**1.3. LOS DOS DIAGNOSTICOS A ESTUDIO:  
“INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y  
“MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN  
TERAPEUTICO”**



## **LOS DOS DIAGNOSTICOS A ESTUDIO: “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO”**

“Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” son dos etiquetas diagnósticas de la clasificación NANDA-I. Es objetivo de esta tesis el estudio de estos dos diagnósticos enfermeros.

De los dos diagnósticos a estudio, aparece primero en la clasificación de la NANDA el “Incumplimiento del tratamiento” que lo hace en el año 1973, con revisiones posteriores en los años 1996 y en 1998. Por su parte, el diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” aparece en la clasificación en el año 1992 y no es revisado hasta 2008, en que se cambia la Etiqueta diagnóstica, pasando a denominarse como “Gestión ineficaz de la propia salud”, aunque no se cambia ni la Definición, ni las Características Definitivas, ni los Factores Relacionados.(21)

Se han revisado todas las publicaciones oficiales de la NANDA, desde la edición para 1992-1993, hasta la de 2009-2011 y una edición de 1986 del libro “Diagnóstico en Enfermería” de Kim, McFarland y McLane, para EMALSA S.A., de la original de 1984 de The C.V. Mosby Company. De esta revisión se puede conocer la evolución que han tenido estos dos diagnósticos:

### **“INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO”**

Se aprueba como diagnóstico de la clasificación de la NANDA, en la 3ª Conferencia Nacional de 1973 como “No seguimiento del tratamiento. (Especificar)”.

En la edición oficial de 1992-1993 aparece descrito de la siguiente manera, no suponiendo ningún cambio respecto a la edición citada de 1986 :

Etiqueta: “No seguimiento del tratamiento. (Especificar)”

### Definición:

Decisión informada por parte de la persona de no seguir las recomendaciones terapéuticas

### Características definitorias:

- Comportamientos indicativos de no seguimiento del tratamiento (por observación directa o por expresiones del usuario / familia)
- Pruebas objetivas (medidas fisiológicas, detección de marcadores)
- Evidencia de desarrollo de complicaciones
- Evidencia de exacerbación de los síntomas
- Inasistencia a las visitas de seguimiento
- Falta de progresos

### Factores relacionados:

- Sistema de valores del paciente
- Ideas sanitarias o culturales o valores espirituales
- Relaciones profesional de la salud / paciente

Siguiendo los criterios de la Taxonomía I, que utiliza los Patrones de Respuesta Humana, el diagnóstico es ubicado en el Patrón 5 Elección; éste Patrón es definido como: "Seleccionar entre alternativas; la acción de seleccionar o ejercitar la preferencia frente a un asunto en el cual se es un agente libre; determinar a favor de un curso; decidir de acuerdo con las propias inclinaciones".(22)

En 1996 hay un ligero cambio en la redacción de la Etiqueta, pasando a denominarse como "No cumplimiento de tratamiento. Especificar", siguiendo sin cambios en la redacción de las características definitorias y los factores relacionados. También se revisa la definición, aunque esta no es publicada hasta la edición oficial de 1999-2000.

En 1998 se produce una revisión del diagnóstico, produciéndose cambios sustanciales en el mismo. En la publicación de 1999 queda la redacción de la siguiente manera: "Etiqueta: "Incumplimiento del tratamiento. (Especificar)"

### Definición:

Grado en que la conducta de una persona o de un cuidador coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la conducta de la persona o del cuidador puede respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

### Características definitorias:

- Comportamientos indicativos de incumplimiento del tratamiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente o de otras personas significativas)
- Pruebas objetivas (medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)
- Evidencia de desarrollo de complicaciones
- Evidencia de exacerbación de los síntomas
- No asistencia a las visitas concertadas
- Falta de progresos

### Factores relacionados:

#### -Plan de cuidados de salud:

- Duración
- Personas significativas
- Coste
- Intensidad
- Complejidad

#### -Factores individuales:

- Habilidades personales y de desarrollo; ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales; sistema de valores individual
- Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto
- Fuerzas motivacionales

#### -Sistema de salud:

- Satisfacción con los cuidados
- Credibilidad del proveedor de cuidados
- Acceso y conveniencia de los cuidados

Flexibilidad económica del plan

Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados

Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento

Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados

Cobertura sanitaria individual

Habilidades de comunicación y de enseñanza del proveedor de los cuidados.

-Redes de soporte:

Implicación de los miembros en el plan de salud

Valoración social del plan

Percepción de las creencias de las personas significativas”

En la decimocuarta conferencia bianual de la NANDA, celebrada en abril de 2000 se presenta y se aprueba la Taxonomía II, para la clasificación de los diagnósticos enfermeros; publicándose, en español, por primera vez en “NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002”. En ella, el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento (Especificar)”, queda ubicado en el Dominio 10 “Principios vitales” (definido como “principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco”), y en su clase 3 “Congruencia de las acciones con los valores / creencias” (definido como “congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones”) (23); se asigna el código “00079”, siguiendo las recomendaciones de la Nacional Library of Medicine, respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud.

En el resto de aspectos: etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados, el diagnóstico no cambia respecto a la publicación de 1999-2000, siguiendo en la actualidad con la misma redacción.

Este diagnóstico no tiene especificado su Nivel de Evidencia en la publicación de la NANDA-I

“MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO”:

Se aprueba como nueva categoría diagnóstica de la clasificación de la NANDA en 1992 como “Manejo inefectivo del régimen terapéutico (personal)”.

En la edición oficial de 1992-1993 aparece descrito de la siguiente manera:

Etiqueta: “Manejo ineficaz del régimen terapéutico (personal)”

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias:

Mayores.

Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención

Menores.

Aceleración (esperada o inesperada) de los síntomas de la enfermedad; verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas; verbalización de la dificultad con la regulación / integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones; verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en la rutina diaria; verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores de riesgo de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

Factores relacionados:

Complejidad del sistema de cuidados de la salud; complejidad del régimen terapéutico; conflicto de decisiones; dificultades económicas; demandas excesivas sobre un individuo o familia; conflicto familiar; patrones familiares de cuidado de la salud; inadecuación del número y tipo de claves para la acción; déficit de conocimientos; falta

de confianza en el régimen y / o en el personal de cuidados de la salud; percepción subjetiva de gravedad; percepción de susceptibilidad; percepción de barreras; percepción de beneficios; impotencia; déficits de soporte social.

Siguiendo los criterios de la Taxonomía I, que utiliza los Patrones de Respuesta Humana, el diagnóstico es ubicado en el Patrón 5 Elección.

En la decimocuarta conferencia bianual de la NANDA, en la que se aprobó la Taxonomía II, la etiqueta del diagnóstico se redactaba como “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, perdiendo el calificativo “personal”; y queda ubicado en el Dominio 1 “Promoción de la salud” (definido como “Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento”), y en su clase 2 “Manejo de la salud” (definida como “Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar”)(24);

Se asigna el código “00078”, siguiendo las recomendaciones de la National Library of Medicine, respecto a los códigos terminológicos en los cuidados de salud.

No se produce ningún cambio en la redacción general del diagnóstico, hasta la edición del año 2010, en la que la etiqueta se cambia por la de “Gestión ineficaz de la propia salud”, no produciéndose cambios en los otros apartados del mismo.

Este diagnóstico tiene especificado un Nivel de Evidencia 2.1 en la publicación de la NANDA-I, que corresponde a que en este diagnóstico se citan referencias bibliográficas para la definición y para cada una de las características definitorias y factores relacionados o de riesgo. Además se ha requerido que se proporcionen ejemplos de resultados enfermeros e intervenciones enfermeras de una terminología enfermera estandarizada (p. ej., NOC; NIC).(25)

## **1.4. VISION DE LOS DOS DIAGNOSTICOS EN DIVERSOS AUTORES**



## VISION DE LOS DOS DIAGNOSTICOS EN DIVERSOS AUTORES

El tema del no cumplimiento del tratamiento, como problema de salud, es recogido en las clasificaciones enfermeras de diagnósticos. Así, en la Clasificación Internacional de Problemas de Enfermería (CIPE), se recoge con la etiqueta “Incumplimiento del Régimen Terapéutico”, con el número de clasificación 1.1.1.2.2.1.2.2.2., y con la siguiente definición: “Fenómeno de enfermería relacionado con el autocuidado, cuyas características específicas son: incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas”

Los dos diagnósticos de la clasificación de la NANDA-I, relacionados con el no cumplimiento terapéutico, han sido estudiados y comentados ampliamente por diversos autores

### “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO”

L.J.CARPENITO (26): En su texto “Manual de diagnósticos de enfermería, Carpenito cita el diagnóstico “No seguimiento del tratamiento” definiéndolo como “Estado en el que un individuo o grupo desea cumplir el tratamiento, pero se lo impiden factores que le producen miedo a seguir el consejo dado por los profesionales de salud”. Señala la autora que la enfermera, ante esa situación debe intentar reducir o eliminar dichos factores para conseguir que sus actuaciones sean exitosas, aunque debe extremar el cuidado en el uso de este diagnóstico en pacientes que estando informados correctamente y mediante un acto autónomo decide no participar en el tratamiento.

Así mismo considera que las características definitorias que deben ser consideradas como principales, y que deben estar presentes, son la expresión verbal de incumplimiento o no participación o confusión sobre el tratamiento por parte del paciente y/o una observación directa, por parte de la enfermera, de un comportamiento que indica incumplimiento. Como características secundarias,

nombra el no acudir a citas programadas, el no uso de medicamentos o hacerlo parcialmente, la persistencia de los síntomas, la progresión del proceso de la enfermedad, o la producción de resultados no deseables como morbilidad postoperatoria, embarazo, obesidad, adicción o regresión durante la rehabilitación.

Respecto a los factores relacionados los divide entre los relacionados con el tratamiento, los fisiológicos, los de situación y los de maduración.

M.T. LUIS RODRIGO (27): Esta autora recomienda, cuando se vaya a utilizar este diagnóstico, repasar también el diagnóstico Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal. Recomienda, así mismo, utilizar el diagnóstico de Incumplimiento del tratamiento únicamente en aquellas situaciones en que ha habido un pacto previo entre la persona y el profesional de la salud respecto al cumplimiento del tratamiento y, posteriormente, no se ha llevado a cabo en su totalidad o de forma efectiva; por el contrario desaconseja su uso cuando el paciente y el profesional no hayan pactado previamente el curso de la acción que debería emprenderse, o habiéndolo hecho, el paciente toma la decisión informada de no seguir dicho plan.

Por otro lado, señala que de los factores relacionados que aparecen en este diagnóstico, los siguientes no pueden ser abordados o tratados independientemente por la enfermera: Plan de cuidados de salud. Coste: Sistema de salud. Acceso y conveniencia de los cuidados; flexibilidad económica del plan; reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento; cobertura sanitaria individual. Y Redes de soporte. Valoración social del plan. El resto de factores relacionados de este diagnóstico si pueden ser tratados independientemente por la enfermera.

La autora recomienda que tras el diagnóstico se produzca una valoración específica para intentar identificar los datos que pueden ser necesario o cuanto menos útil saber para ayudar a determinar las causas y el alcance del problema y planificar mejor los cuidados a realizar con el paciente; en concreto recomienda valorar: la edad y etapa de

desarrollo del paciente; la habilidad para cuidarse y para cumplir el tratamiento sin ayuda; la pertenencia a algún grupo cultural, étnico o religioso; existencia o no de conflictos entre el tratamiento y sus valores o creencias; grado de cumplimiento, área específica donde se producen los problemas; las razones aducidas para no cumplir el tratamiento; los sentimientos de la persona y la familia hacia el equipo de salud que le atiende y sus experiencias previas en este aspecto; nivel de comprensión de los objetivos del tratamiento y de las consecuencias de no seguirlo; las interferencias del tratamiento en las actividades de la vida diaria; el grado de efectividad del tratamiento en el control de la sintomatología; presencia e intensidad de posibles efectos secundarios del tratamiento y los recursos personales, familiares y sociales con los que cuenta el paciente.

Respecto al cuidador del paciente , si lo hubiera, recomienda valorar: el número de horas que emplea diariamente en el cuidado del usuario; si convive en el mismo domicilio del paciente; las horas dedicadas semanalmente al ocio y al descanso; la implicación del resto de la familia o de personas allegadas en los cuidados y los sentimientos ante la existencia de deterioro del paciente si se diese.

En orden a marcar resultados para este diagnóstico, M<sup>a</sup> Teresa Luis señala como resultado final o general a alcanzar: que el paciente cumpla totalmente el plan terapéutico acordado con el profesional de la salud. Como resultados intermedios marca: que el paciente será capaz de explicar en qué consiste el tratamiento y los efectos deseados y adversos del mismo; sea capaz de especificar las modificaciones que ha de introducir en sus hábitos de vida; comparará las ventajas del plan prescrito con las consecuencias previsibles del no seguimiento del tratamiento; demostrará capacidad para realizar las técnicas de autocuidado requeridas en su situación y se comprometerá a integrar los cambios acordados en su vida cotidiana.

En relación a los cuidados enfermeros a realizar que recomienda la autora para alcanzar los resultados señalados, los organiza en tres ámbitos distintos: a) cuidados relacionados con la vida diaria, b) cuidados de educación sanitaria y c) los relacionados con el medio ambiente terapéutico. Los cuidados recomendados del grupo a) son:

Fomentar la máxima participación de la persona y familia en la toma de decisiones; incorporar de forma paulatina los cambios en la vida cotidiana que recomiende el tratamiento prescrito, intentando respetar el estilo de vida previo; transferir el cuidado a otra persona si hay un problema de relación entre el paciente y la persona que brinda los cuidados; considerar las necesidades y el horario del paciente al planificar las visitas y el tratamiento e incluir a la familia en el plan terapéutico en la medida de sus deseos y los del paciente. Los cuidados recomendados del grupo b) son: valorar la conveniencia de explicar o demostrar los efectos de la terapia prescrita, los aspectos positivos del cumplimiento del tratamiento, los peligros potenciales de no seguirlo adecuadamente, las posibles alternativas a todo o parte del plan terapéutico y las formas de paliar o controlar los efectos secundarios del tratamiento. Los cuidados recomendados del grupo c) son: Crear un ambiente tranquilo y seguro que facilite la expresión de los sentimientos y dificultades para seguir el tratamiento; reconocer y elogiar los aspectos de los cuidados que se realizan adecuadamente y si la persona decide no seguir el tratamiento, asegurarse de que comprende que siempre puede revocar su decisión y volver a acudir al equipo de enfermería en busca de ayuda.

M. GORDON (28): Gordon define el diagnóstico como el incumplimiento de una recomendación terapéutica después de recibir la información adecuada y manifestar la intención de obtener los objetivos terapéuticos (especificando el régimen farmacológico o terapéutico, la prescripción alimentaria, la observación y comunicación de los síntomas, el seguimiento del proceso, y las conductas que fomenten la salud). Como características definitorias en clave diagnóstica señala como una o más de las siguientes: Observación directa de incumplimiento o afirmaciones del paciente o allegados que describan conductas indicativas de incumplimiento y Pruebas objetivas que revelen incumplimiento (como medidas fisiológicas, detección de marcadores); como claves confirmatorias en las características definitorias, señala: signo de aparición de complicaciones; signos de exacerbación de los síntomas; incumplimiento de las revisiones e incapacidad para progresar.

Las posibles causas de este diagnóstico que Gordon observa son: Conflicto de valores, creencias sanitarias o de tipo cultural o espiritual; déficit de conocimientos o de habilidades; percepción de ineficacia del tratamiento; percepción de falta de susceptibilidad o de invulnerabilidad; negación de la enfermedad; alteración de los patrones familiares; baja motivación y satisfacción con los cuidados, el grado de confianza y la continuidad del profesional sanitario, la accesibilidad y conveniencia de los cuidados, y la relación entre el paciente y el profesional sanitario.

Como poblaciones de alto riesgo ante este diagnóstico, señala a los pacientes con un tratamiento nuevo o complejo, o ambos, respecto a la duración, el coste o la complejidad.

Al contrario de la clasificación de la NANDA, que no lo contempla, M. Gordon cree que puede existir un diagnóstico de Riesgo de Incumplimiento, y lo define por la presencia de factores de riesgo de incumplimiento de las recomendaciones terapéuticas, después de recibir la información adecuada y expresar la intención de seguir el tratamiento o de lograr los objetivos terapéuticos. Y señala como factores de riesgo: la negación de la enfermedad; la percepción de ineficacia de las recomendaciones; la percepción de falta de gravedad del problema o de los factores de riesgo; la percepción de falta de susceptibilidad; los conocimientos o habilidades insuficientes; la ausencia de un plan para integrar las recomendaciones terapéuticas en las actividades cotidianas; el régimen de tratamiento nuevo o complejo, o ambos; la falta de sistemas de apoyo y los antecedentes de incumplimiento de aspectos del régimen terapéutico.

M. UGALDE y A. RIGOL (29): Estas autoras, en su libro "Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios" comentan el diagnóstico "No seguimiento del tratamiento" en los siguientes términos: lo definen como lo hace la clasificación de la NANDA y citan las mismas características definitorias y los factores relacionados. Valoran los contenidos de la etiqueta, la definición, las características definitorias y los factores relacionados como "muy comprensibles" y su rendimiento clínico como "muy útil".

Así mismo, consideran como característica definitoria decisoria la conducta indicativa de falta de adhesión (por observación directa o por expresión del paciente u otras personas significativas). Las autoras, claramente influenciadas por los planteamientos de Madeleine Leininger y su Teoría de los cuidados transculturales (30), hacen un comentario interesante respecto a este diagnóstico: “La decisión consciente de una persona convenientemente informada de no colaborar en el tratamiento, a pesar de ir en detrimento de su salud, entraña cuestiones éticas y de respeto a la libertad individual, que rebasan la propia práctica de salud. Una primera aproximación al diagnóstico nos sitúa frente a un dilema importante, motivo de múltiples discusiones y tomas de postura de los profesionales de la salud, por las implicaciones éticas y legales que atañen a los códigos deontológicos profesionales y a los derechos del enfermo. Cuando una persona decide rechazar un tratamiento, porque va en contra de sus propias convicciones o bien porque ante una enfermedad terminal o grave no desea someterse a ciertas pruebas o terapéuticas o toma decisiones anticipadas antes de llegar a una situación de incapacidad, en estos casos la enfermera tiene el deber moral de beneficiar al paciente, pero también el de respetar sus decisiones y su libertad de elección, sin juzgar ni culpabilizar, ya que se trata de una confrontación entre dos percepciones distintas, en que ambos están convencidos de sus propios criterios.

En algunos casos, los factores implicados en esta toma de decisiones están basados en creencias distintas de los criterios sanitarios vigentes, que podríamos etiquetar de erróneas desde un criterio etnocentrista y que obligan a plantearse que lo que es válido en una cultura no tiene por qué tener una validez universal. En nuestra cultura, juntamente con la medicina tradicional, coexisten diferentes tipos de explicación y tratamiento de la enfermedad. Las migraciones, más frecuentes cada día, habitualmente agrupan, en un mismo barrio periférico, a personas de un mismo lugar de origen que mantienen relación e incluso ciertas costumbres del lugar de donde proceden.

En general, estos grupos casi nunca se integran totalmente en la cultura receptora, aportando una visión distinta respecto a la enfermedad y el tratamiento. La visión de la

enfermedad, además de insertarse en una comunidad, implica la red social de amigos y vecinos que sustentan y apoyan sus creencias. Para modificar las actitudes o creencias que no son beneficiosas para el enfermo, se precisa un acercamiento a su forma de entender y configurar esta realidad y el desarrollo de alianzas con miembros significativos de su comunidad que faciliten la comprensión y colaboración en el tratamiento.

Otro de los factores relacionados que tiene en cuenta el diagnóstico se refiere a la relación cliente-profesional. Las características del propio sistema sanitario y la relación en sí misma representan muchas veces una interferencia importante en la participación al tratamiento. Las concepciones, creencias y valores distintos entre las dos partes y el mantenimiento de distancias jerárquicas son obstáculos añadidos.

Como decíamos anteriormente, elementos clave son el acercamiento a la forma de entendimiento del paciente y el desarrollo de estrategias cercanas a partir de su propio grupo de referencia que permitan la modificación de actitudes.”

J.M. WILKINSON Y N.R. AHERN (31): Estas autoras en su obra Manual de Diagnósticos de Enfermería sugieren que no debe emplearse este diagnóstico en un paciente que tome una decisión consciente de no seguir una recomendación terapéutica, o en pacientes que no son capaces de seguir las instrucciones o que carecen de información necesaria; sugiriendo que en estos casos se utilice la etiqueta diagnóstica “Alteración en el mantenimiento de la salud”. Proponen utilizar el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” cuando se comprueba la inexistencia de seguimiento de una recomendación terapéutica tras haber, el paciente, decidido conscientemente hacerlo y tras expresar la intención de hacerlo así. Como alternativas a esta etiqueta diagnóstica, proponen: Alteración en el mantenimiento de la salud, Negación ineficaz o Manejo ineficaz del régimen terapéutico.

Con el fin de no culpabilizar al paciente con una etiqueta diagnóstica que consideran negativa, como es el caso de “Incumplimiento del tratamiento”, citan la propuesta que

hizo Geissler en 1991 a la NANDA, aún no aceptada, de denominar este diagnóstico como “No adhesión”.

Estas autoras también recogen los posibles resultados a alcanzar en este diagnóstico: “Actuación del cuidador: cuidados directos”, “Actuación del cuidador: cuidados indirectos”, “Conducta de adhesión”, “Conducta de cumplimiento”, “Conducta terapéutica” o “Motivación”.

Las intervenciones que creen necesario realizar para la resolución del mismo son: “Apoyo al cuidador”, “Ayudar al autocuidado”, “Educación sanitaria”, “Enseñanza: individual”, “Enseñanza: proceso de enfermedad”, “Facilitar el aprendizaje”, “Facilitar la autorresponsabilidad”, “Fijar objetivos conjuntos”, “Orientación sobre sistemas sanitarios” o “Pactar con el enfermo”.

B.J. ACKLEY y G.B. LADWING (32): Estas autoras recomiendan sustituir el uso de esta etiqueta diagnóstica por la de Manejo inefectivo del régimen terapéutico, al opinar que es un diagnóstico, este último, más respetuoso y eficaz; para apoyar esta postura citan a Ward-Collins, 1998, (33) que considera que el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento es sentencioso y culpabiliza al usuario.

Por otro lado recomiendan utilizar los Criterios de Resultados NOC: Conducta de cumplimiento; Conducta de obediencia; Conducta terapéutica: enfermedad o lesión; Control de síntomas y Nivel del dolor. Respecto a las Intervenciones NIC que recomiendan: Ayuda en la modificación de sí mismo y Guías del sistema sanitario. Proponen, así mismo un largo listado de actividades enfermeras, dirigidas en general a conseguir la implicación del individuo en su propio cuidado, poniendo siempre especial cuidado en respetar las deseos y decisiones del paciente; estas actividades las agrupan según sea el sujeto de la atención de la enfermera: pacientes en general, pacientes geriátricos, situaciones de multiculturalidad, en atención domiciliaria y en actividades de educación del individuo o la familia.

Las autoras, realizan una propuesta de posibles usos del diagnóstico Incumplimiento del tratamiento en problemas generales de salud de los pacientes (relacionados con diagnósticos médicos, síntomas o estados clínicos). (34)

Para la etiqueta diagnóstica “Incumplimiento del tratamiento” se señalan los siguientes: en Abandono de drogas: relacionado con negación de la enfermedad; en Abuso de drogas: relacionado con negación de la enfermedad; en Abuso de sustancias en el embarazo: relacionado con discrepancia del sistema de valores, influencias culturales, adicción; en Adolescente embarazada: relacionado con negación del embarazo; en Bulimia: relacionado con sentimientos negativos respecto al régimen terapéutico; en Cetoacidosis diabética: relacionado con afrontamiento inefectivo con una enfermedad crónica; en Diabetes Mellitus: relacionado con estilo de vida restrictiva, cambios en la dieta, medicación, ejercicio; en EPOC: relacionado con desgana de aceptar la responsabilidad de cambiar prácticas saludables perjudiciales; en Hemodiálisis: restricciones dietéticas, relacionado con negación de enfermedad crónica; en Hipertensión: relacionado con efectos secundarios del tratamiento. Falta de comprensión respecto a la importancia de controlar la hipertensión; en Incumplimiento del tratamiento: relacionado con Plan de asistencia sanitaria: duración, personas significativas, coste, intensidad, complejidad. Factores individuales: habilidades personales y del desarrollo, creencias de salud, influencias culturales, valores espirituales, conocimiento y habilidades relevantes para la conducta, fuerzas motivacionales. Sistemas de salud: satisfacción con los cuidados, credibilidad del proveedor, acceso y conveniencia del cuidado, flexibilidad financiera del plan, relaciones proveedor-usuario, rembolsar la formación y el seguimiento, continuidad del proveedor y seguimiento regular, cobertura sanitaria individual, habilidades comunicativas y educativas del proveedor. Network: implicación de los miembros en el plan de salud, valor social respecto al plan, creencia percibida de las personas significativas. En Trastorno maniaco bipolar I: relacionado con negación de la enfermedad.

ARRIBAS CACHÁ ET AL. (35): En la Guía de diagnósticos enfermeros en Atención Primaria, estos autores ubican los distintos diagnósticos de la NANDA en relación a los Problemas y Situaciones Catalogadas en Atención Primaria.

El diagnóstico Incumplimiento del tratamiento lo sitúan en el Bloque General de Problemas y Situaciones Catalogadas IV: Situaciones de riesgo y fomento de la salud, y dentro de dicho Bloque en el apartado 2. Fomento de la salud: -cuidados /tratamientos: no realización total o parcial y lo relacionan con la intensidad y/o la complejidad del tratamiento, determinando como criterio de resultados NOC, el de Conducta de cumplimiento (para la intensidad) y Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (para la complejidad). Respecto a las Intervenciones NIC que sugieren: Ayuda a la modificación de sí mismo (para Conducta de cumplimiento) y Acuerdo con el paciente (para Conducta terapéutica: enfermedad o lesión).

### “MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO”

L.J. CARPENITO (36): Carpenito considera que este diagnóstico resulta de máxima utilidad para las enfermeras en todos los contextos, dado que es la enfermera la profesional, que junto al paciente, determina de qué opciones se dispone y de qué manera se puede lograr el éxito en el tratamiento, teniendo en cuenta que éste va a suponer, en muchos casos, un cambio en el funcionamiento o estilo de vida previos del paciente, que van a influir de manera importante en los resultados. Según la autora, este diagnóstico describe las dificultades que tienen los individuos para alcanzar resultados positivos en los tratamientos de sus problemas de salud. Carpenito considera la existencia de un diagnóstico de Alto riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico, que no considera la clasificación de la NANDA-I. .

Como características definitorias principales para el diagnóstico Manejo inefectivo del régimen terapéutico, la autora señala las elecciones de la vida diaria inapropiadas para alcanzar los objetivos de un programa de tratamiento o de prevención, el deseo verbalizado de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas y

la dificultad verbalizada de la regulación/integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones. Respecto a los factores relacionados los agrupa en los relacionados con el tratamiento, los situacionales y los de maduración.

M.T. LUIS RODRIGO (37): Recomienda la autora que cuando se use este diagnóstico, se tenga en cuenta, también, la posibilidad de utilizar como alternativa al mismo los diagnósticos, Alteración en el mantenimiento de la salud, Incumplimiento del tratamiento y Conflicto de decisiones.

Aconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica cuando, transcurrido un tiempo desde la prescripción terapéutica, la persona no lleve en su totalidad las recomendaciones dadas por el profesional o se observe que las acciones no están siendo efectivas. Por el contrario desaconseja utilizar esta etiqueta diagnóstica, cuando la persona conocedora de su situación de salud y el tratamiento propuesto y sus posibles alternativas, y sabedora así mismo de las consecuencias que puede tener para su salud el no seguimiento del tratamiento, decide libremente y con responsabilidad no seguir las recomendaciones terapéuticas.

Señala la autora, que de los factores relacionados que aparecen en este diagnóstico, los siguientes no pueden ser abordados o tratados independientemente por la enfermera: Complejidad del sistema de cuidados de la salud y dificultades económicas.

La valoración específica que recomienda tras el diagnóstico se centra en la edad y la etapa de desarrollo del paciente; las habilidades para cuidarse y para realizar el tratamiento por si mismo; sus costumbres e ideas sobre salud y la pertenencia a algún grupo cultural o étnico; las implicaciones familiares, sociales, económicas y laborales de la situación o el tratamiento y las posibles demandas de la familia hacia el individuo; la percepción de cambio en los estilos de vida a consecuencia del tratamiento; las expectativas de la persona o su familia respecto a la situación; la capacidad de afrontamiento del individuo y su habilidad general para la resolución de problemas; las

experiencias previas con el sistema de salud y sus profesionales; medios con los que cuenta en la vivienda para llevar correctamente el tratamiento.

Respecto a los resultados propuestos para este diagnóstico, M<sup>a</sup> Teresa Luis señala como resultado principal a alcanzar, que el paciente demuestre un patrón adecuado de regulación e integración en la vida diaria del plan terapéutico. Además señala como resultados intermedios que sea capaz de reconocer los factores causales de su problema, que sea capaz de planificar la forma de eliminar o reducir los factores que interfieren en el correcto desarrollo de su tratamiento, que sea capaz de referir las posibles consecuencias que se deriven de un no seguimiento del tratamiento, que adquiera o aumente sus habilidades para el autocuidado y que sea capaz de integrar en su vida diaria, las actividades requeridas por el régimen terapéutico prescrito.

En relación a los cuidados enfermeros a llevar a cabo para alcanzar los resultados señalados, los organiza en tres ámbitos distintos: a) cuidados relacionados con la vida diaria, b) cuidados de educación sanitaria y c) los relacionados con el medio ambiente terapéutico. Los cuidados recomendados del grupo a) son: Discutir con la persona las conductas inadecuadas, las repercusiones de éstas en la salud, las consecuencias previsibles a corto, medio y largo plazo si se mantienen, los beneficios que se derivan del seguimiento correcto del tratamiento, las implicaciones de todo tipo del tratamiento, las personas significativas que pueden ayudarle a introducir os cambios que se requieran a consecuencia de su tratamiento, los elementos religiosos, culturales, de valores o de hábitos generales que puedan entrar en conflicto con el tratamiento. Discutir las modificaciones que se han de introducir en el estilo de vida; destacar y reforzar la responsabilidad de la persona en el mantenimiento o recuperación de su salud; diseñar un plan realista para incluir el régimen terapéutico en las actividades de la vida diaria y adaptar el entorno físico; fomentar la máxima implicación de la persona y dar tiempo para comprender la situación y hacer el duelo si lo hubiera; revisar las posibles ayudas institucionales; intentar encontrar soluciones alternativas al tratamiento. Los cuidados recomendados del grupo b) son: valorar la conveniencia de explicar o demostrar la enfermedad que padece, las técnicas y habilidades necesarias para el autocuidado, los signos y síntomas de alarma y como

actuar si se presentan, los beneficios de seguir el tratamiento y los programas de salud o grupos de autoayuda existentes en la comunidad del paciente. Los cuidados recomendados del grupo c) son: Mantener una actitud imparcial, admitir las dificultades inherentes al cambio en el estilo de vida, permitir la libre expresión de los sentimientos provocados por la situación y admitir que son legítimos y reconocer los logros alcanzados y elogiar la actitud de seguir el tratamiento.

M. GORDON (38): Define este diagnóstico como la existencia de un patrón de control o integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que no cumple los objetivos de salud específicos. Considera que las claves para la elección de este diagnóstico son: que el paciente informa o es evidente que no ha cumplido los objetivos de salud específicos y, además, la presencia de afirmación por parte del paciente que no ha tomado medidas para incluir el tratamiento en sus hábitos diarios o que no ha reducido los factores de riesgo de evolución de la enfermedad y sus secuelas. Como características confirmatorias, señala Gordon la elección de hábitos cotidianos que conducen al incumplimiento de los objetivos del programa de tratamiento o prevención, la aceleración de los síntomas de la enfermedad, la expresión oral por parte del paciente de dificultades para controlar o integrar uno o más de los regímenes de tratamiento prescritos o para prevenir sus complicaciones y la expresión del deseo de manejar el tratamiento o la prevención de las secuelas, por parte del paciente. Las causas posibles de este diagnóstico que señala Gordon son: un régimen terapéutico complejo, percepción de poca gravedad de la enfermedad por parte del individuo, percepción de existencia de barreras para su realización, considerar el paciente que los costes superan los beneficios que traerá el tratamiento, desconfianza en el tratamiento o en el personal de salud por parte del paciente, conflicto a la hora de toma de decisiones relacionadas con el tratamiento, dificultades económicas para cubrir el tratamiento, exigencias excesivas para el individuo respecto al seguimiento del tratamiento, conflicto familiar o patrones familiares respecto a los cuidados de salud divergentes con el tratamiento, aporte de claves insuficientes al paciente para poder actuar, tener el paciente un déficit de conocimientos o de apoyo social y percepción por parte del paciente de complejidad en el sistema de atención sanitaria.

Las poblaciones que considera la autora como de alto riesgo para este diagnóstico son: los pacientes con un régimen de tratamiento nuevo para ellos, los pacientes con retraso mental o con trastorno cognitivo y los pacientes con deterioro sensoriomotor (no cita a la población analfabeta, pudiendo ser ésta una de las que tengan un mayor grado de riesgo).

Al igual que Carpenito, Gordon considera la existencia de un diagnóstico de Riesgo de manejo ineficaz del régimen terapéutico, señalando como factores posibles de desencadenamiento de dicho diagnóstico: percepción de susceptibilidad o gravedad bajas, percepción de barreras, percepción de que los costes superan a los beneficios, desconfianza, impotencia, complejidad del tratamiento, conflicto en la toma de decisiones, dificultades económicas, excesivas exigencias sobre el individuo o familia, conflicto familiar y patrones familiares de cuidado de la salud, claves insuficientes para actuar, déficit de conocimientos, déficit de apoyo social, complejidad del sistema de atención sanitaria, depresión grave, análisis incorrecto de la realidad, pérdida descompensada auditiva o visual, déficit descompensado de memoria, trastorno de la movilidad o de la coordinación, intolerancia a la actividad, conflicto de valores o para fijar prioridades y negación de la enfermedad.

Gordon recomienda, al elegir este diagnóstico, revisar los diagnósticos Incumplimiento, Déficit de manejo de la salud o Mantenimiento ineficaz de la salud.

M. UGALDE y A. RIGOL (39): Estas autoras, en su libro "Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios" hacen referencia al diagnóstico "Manejo inefectivo del régimen terapéutico", describiéndole en los mismos términos de la clasificación NANDA, tanto para su definición como para las características definitorias y los factores relacionados. Lo consideran similar al "No cumplimiento del tratamiento", marcando como diferencia principal entre ambos la existencia, en este caso, de deseos del paciente en participar en el tratamiento, pero que tiene dificultades para conseguirlo; justificando estas dificultades en la

complejidad de los tratamientos en algunos casos para integrarlos en las rutinas diarias de la vida de las personas, sobre todo en el caso de patologías crónicas. Respecto al esquema de valoración por parte de estas autoras para los diagnósticos, en relación al valor del contenido y al rendimiento clínico, manifiestan no tener datos disponibles.

J.M. WILKINSON Y N.R. AHERN (40): En su obra Manual de Diagnósticos de Enfermería, las autoras sugieren que se utilice este diagnóstico en aquellos pacientes que deseen seguir un régimen terapéutico y estén motivados para hacerlo , pero que tengan dificultades para seguirlo. Proponen que antes de utilizar esta etiqueta diagnóstica se haga diagnóstico diferencial con los diagnósticos “Tendencia a conducta de riesgo para la salud”, “Incumplimiento del tratamiento”, “Alteración en el mantenimiento de la salud” y “Negación ineficaz”.

Con este diagnóstico recomiendan utilizar un número bastante elevado de Criterios de Resultados NOC: “Autocuidado: medicación no parenteral”, “Autocuidado: medicación parenteral”, “Aclaración de las toxinas sistémicas: diálisis”, “Conducta de cumplimiento”, “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión”, “Conocimiento: dieta”, “Conocimiento: régimen terapéutico”, “Control de la diabetes”, “Control de la glucosa sanguínea”, “Control del síntoma”, “Gestión de las enfermedades cardíacas”, “Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria” y “Respuesta a la medicación”.

Las intervenciones que creen necesario realizar para la resolución de este diagnóstico son: “Apoyo en la toma de decisiones”, “Ayuda al autocambio”, “Ayuda en el autocuidado”, “Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito”, “Enseñanza: dieta prescrita”, “Enseñanza: individual”, “Enseñanza: medicamentos prescritos”, “ Enseñanza: proceso de enfermedad”, “Facilitar la autorresponsabilidad”, “Fijar objetivos comunes”, “Gestión de la hiperglucemia”, “Gestión de la hipoglucemia”, “Modificación de la conducta”, “Orientación sobre el sistema sanitario”, “Pactar con el enfermo”, “Prevención cardíaca”, “Terapia de diálisis peritoneal”, “Terapia de hemodiálisis” o “Terapia de hemofiltración”.

B.J. ACKLEY y G.B. LADWING (41):

Las autoras señalan que este diagnóstico no tiene el mismo significado que el diagnóstico “Incumpliendo del tratamiento”, ya que este diagnóstico se hace con el usuario, por tanto, si existe una inicial negación de colaboración en el tratamiento por parte del paciente, no debe realizarse. Recomiendan que se ponga el énfasis en ayudar al paciente a dirigir su propia vida y salud.

Estas autoras recomiendan, para señalar las metas en la resolución de este diagnóstico, utilizar los Criterios de Resultados NOC: “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión”, “Conocimiento: proceso de la enfermedad”, “Conocimiento: régimen terapéutico”, “Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria”, “Severidad de los síntomas” o “Toma de decisiones”. Respecto a las Intervenciones NIC que recomiendan poner en práctica para solucionar los problemas del paciente y alcanzar los resultados propuestos, tenemos: “Análisis de la situación sanitaria”, “Ayuda en la modificación de sí mismo”, “Educación sanitaria”, “Facilitar el aprendizaje”, “Guía de anticipación”, “Guías del sistema sanitario”, “Identificación de riesgos” o “Potenciación de la disposición de aprendizaje”.

Al igual que en el diagnóstico “Incumpliendo” proponen un largo listado de actividades enfermeras, dirigidas en general a conseguir la implicación del individuo en su propio cuidado, poniendo siempre especial cuidado en respetar las deseos y decisiones del paciente; estas actividades las agrupan según sea el sujeto de la atención de la enfermera: pacientes en general, pacientes geriátricos, situaciones de multiculturalidad, en atención domiciliaria y en actividades de educación del individuo o la familia.

Las autoras, al igual que en el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento”, realizan una propuesta de posibles usos del diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” en problemas generales de salud de los pacientes (relacionados con diagnósticos médicos, síntomas o estados clínicos)(42)

Para esta la etiqueta diagnóstica se señalan los siguientes:

Cefalea relacionada con falta de conocimiento, identificación y eliminación de factores agravantes; Cetoacidosis diabética relacionada con negación de la enfermedad, falta de comprensión de las medidas preventivas y del control adecuado del azúcar en sangre; Cirrosis relacionada con negación de la gravedad de la enfermedad; Conducto ileal relacionado con nuevas habilidades necesarias para los cuidados del dispositivo y de uno mismo; Cuidado negligente de un miembro de la familia relacionado con déficit en la comunidad de apoyo para los cuidadores, detección del abandono del usuario; Diabetes Mellitus relacionado con complejidad del régimen terapéutico; Envejecimiento relacionado con conocimiento deficiente: medicación, nutrición, ejercicio, estrategias de afrontamiento; Gastroenteritis viral relacionada con lavado inadecuado de las manos; Gripe relacionada con falta de conocimiento respecto a las inmunizaciones preventivas; Hiperglucemia relacionada con complejidad del régimen terapéutico, conflictos de decisiones, dificultades económicas, falta de soporte de la familia, claves insuficientes para la acción, conocimiento deficiente, falta de confianza, falta de reconocimiento de la gravedad de la condición; Ileostomía relacionado con nuevas habilidades requeridas para el cuidado y para uno mismo; Infarto de miocardio relacionado con déficit de conocimientos; Infertilidad relacionado con conocimiento deficiente sobre la infertilidad; Laberintitis relacionado con retraso en la búsqueda de un tratamiento para infecciones respiratorias o del oído; Malnutrición relacionado con dificultades económicas; Miastenia grave relacionado con falta de conocimiento del tratamiento, incertidumbre respecto al resultado; Negación del estado de salud relacionado con negación de una situación de salud grave; Neuralgia del trigémino relacionado con conocimiento deficiente respecto a la prevención de estímulos que desencadenan el dolor; Prurito inguinal relacionado con prevención y tratamiento; Régimen terapéutico, manejo infectivo relacionado con barreras percibidas, déficit de apoyo social, impotencia; susceptibilidad percibida, beneficios percibidos; falta de confianza en el régimen y/o personal de asistencia sanitaria, déficit de conocimiento, patrones familiares de la asistencia sanitaria, familia, conflicto, demandas excesivas del individuo o familia, dificultades económicas; conflicto de decisiones, complejidad del régimen terapéutico, complejidad del sistema de asistencia sanitaria, fracaso de la percepción de la gravedad de la enfermedad, número y tipos de indicios de acción

inadecuados; Síndrome del intestino irritable relacionado con conocimiento deficiente, impotencia; Tiña corporal relacionado con conocimiento deficiente respecto a la prevención, tratamiento; Tiña del cuero cabelludo relacionado con conocimiento deficiente de la prevención, tratamiento; Tiña ungueal relacionado con conocimiento deficiente de la prevención, tratamiento; Tuberculosis pulmonar relacionado con conocimiento deficiente de la prevención y del régimen terapéutico; Trastorno bipolar relacionado con falta de apoyos sociales.

**1.5. RELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS  
“INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y  
“MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN  
TERAPÉUTICO” Y LA CLASIFICACIÓN DE  
RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Y LA  
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE  
ENFERMERÍA (NIC)**



**RELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y  
“MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO” Y  
Y LA CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC) Y LA CLASIFICACIÓN DE  
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)**

En el texto “Interrelaciones NANDA, NOC y NIC” de Johnson y colaboradores, se señalan los resultados en los pacientes y las intervenciones enfermeras recomendados para los diagnósticos “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”.

Dichas recomendaciones son estas:

Para “Incumplimiento del tratamiento” los resultados (NOC) propuestos:

(43)

- Conducta de cumplimiento
- Conducta de obediencia
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- Motivación
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos

Respecto a las intervenciones enfermeras que asocian a los resultados citados, las clasifican en principales, sugeridas y opcionales y siendo las siguientes para los distintos resultados:

Resultado “Conducta de cumplimiento”:

- NIC principales
  - Acuerdo con el paciente
  - Establecimiento de objetivos comunes
  - Guías del sistema sanitario

-NIC sugeridas

- Apoyo en toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asistencia para los recursos financieros
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Ayuda en la modificación de si mismo
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitar el aprendizaje
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Intermediación cultural
- Modificación de la conducta
- Potenciación de la disposición de aprendizaje
- Protección de los derechos del paciente

-NIC opcionales:

- Ayuda para dejar de fumar
- Control de casos específicos
- Declarar la verdad al paciente
- Derivación
- Educación paterna: adolescentes
- Enseñanza: nutrición del niño pequeño
- Enseñanza: nutrición infantil
- Enseñanza: seguridad el niño pequeño
- Enseñanza: seguridad infantil
- Enseñanza: sexo seguro

- Fomentar la implicación familiar
- Grupo de apoyo
- Planificación del alta
- Precauciones contra fugas
- Prevención de consumo de sustancias nocivas
- Vigilancia

### Resultado "Conducta de obediencia":

- NIC principales
  - Ayuda en la modificación de si mismo
  - Educación sanitaria
  - Facilitar la autorresponsabilidad
- NIC sugeridas
  - Apoyo en toma de decisiones
  - Asesoramiento
  - Aumentar el afrontamiento
  - Aumentar los sistemas de apoyo
  - Clarificación de valores
  - Consulta por teléfono
  - Guías del sistema sanitario
  - Modificación de la conducta
- NIC opcionales
  - Ayuda para dejar de fumar
  - Cuidados prenatales
  - Enseñanza: individual
  - Identificación de riesgos
  - Prevención del consumo de sustancias nocivas

### Resultado "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión"

- NIC principales
  - Enseñanza: individual
  - Enseñanza: proceso de enfermedad

- Facilitar la autorresponsabilidad

- NIC sugeridas

- Acuerdo con el paciente

- Asesoramiento

- Aumentar el afrontamiento

- Aumentar los sistemas de apoyo

- Ayuda en la modificación de sí mismo

- Clarificación de valores

- Consulta por teléfono

- Educación sanitaria

- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

- Enseñanza: dieta prescrita

- Enseñanza: habilidad psicomotora

- Enseñanza: medicamentos prescritos

- Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Establecimiento de objetivos comunes

- Facilitar el aprendizaje

- Guías del sistema sanitario

- Modificación de la conducta

- Potenciación de la disposición de aprendizaje

- Vigilancia

- NIC opcionales

- Asistencia en el mantenimiento del hogar

- Ayuda al autocuidado

- Ayuda para dejar de fumar

- Ayuda para disminuir el peso

- Ayuda para ganar peso

- Derivación

- Fomentar la implicación familiar

- Grupo de apoyo

- Manejo de la alergia

- Manejo de la quimioterapia

- Manejo de la radioterapia
- Manejo del asma
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

Resultado “Motivación”

- NIC principales
  - Ayuda en la modificación de sí mismo
  - Facilitar la autorresponsabilidad
- NIC sugeridas
  - Apoyo en toma de decisiones
  - Asesoramiento
  - Aumentar el afrontamiento
  - Clarificación de valores
  - Enseñanza: individual
  - Establecimiento de objetivos comunes
  - Potenciación de roles
- NIC opcionales
  - Dar esperanza
  - Fomentar la implicación familiar
  - Grupo de apoyo

Resultado “Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos”

- NIC principales
  - Apoyo al cuidador principal
  - Facilitar el aprendizaje
- NIC sugeridas
  - Aumentar el afrontamiento
  - Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
  - Enseñanza: dieta prescrita
  - Enseñanza: habilidad psicomotora
  - Enseñanza: medicamentos prescritos
  - Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Guía de anticipación
- Planificación del alta
- NIC opcionales
  - Asistencia en el mantenimiento del hogar
  - Aumentar los sistemas de apoyo
  - Cuidados intermitentes
  - Derivación
  - Fomentar la implicación familiar

Resultado “Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos”

- NIC principales
  - Apoyo al cuidador principal
  - Guías del sistema sanitario
- NIC sugeridas
  - Apoyo en toma de decisiones
  - Asistencia para los recursos financieros
  - Aumentar el afrontamiento
  - Aumentar los sistemas de apoyo
  - Intermediación cultural
- NIC opcionales
  - Asistencia en el mantenimiento del hogar
  - Autorización de seguros
  - Control de casos específicos
  - Derivación
  - Fomentar la implicación familiar
  - Protección de los derechos del paciente

Para “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” los resultados (NOC) propuestos:

(44)

- Aclaración de toxinas sistémicas: diálisis

- Autocontrol de la diabetes
- Autocontrol de la enfermedad cardiaca
- Autocuidados: medicación no parental
- Autocuidados: medicación parental
- Conducta de cumplimiento
- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
- Conocimiento: dieta
- Conocimiento: régimen terapéutico
- Control de síntomas
- Nivel de glucemia
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria
- Respuesta a la medicación.

Respecto a las intervenciones enfermeras que asocian a los resultados citados para este diagnóstico, tenemos:

Resultado “Aclaración de toxinas sistémicas: diálisis”

- NIC principales
  - Terapia de diálisis peritoneal
  - Terapia de hemodiálisis
  - Terapia de hemofiltración
- NIC sugeridas
  - Manejo ácido-base
  - Manejo de electrolitos
  - Manejo de electrolitos: hipercalcemia
  - Manejo de electrolitos: hiperkaliemia
  - Manejo de electrolitos: hipermagnesemia
  - Manejo de electrolitos: hipernatremia
  - Manejo de electrolitos: hiperpotasemia
  - Manejo de líquidos/electrolitos
  - Monitorización ácido-base
  - Monitorización de electrolitos

- Monitorización de signos vitales
- NIC opcionales
  - Análisis de laboratorio a pie de cama
  - Interpretación de datos de laboratorio
  - Enseñanza: habilidad psicomotora
  - Enseñanza: procedimiento/tratamiento
  - Manejo de la medicación

Resultado “Autocontrol de la diabetes”

- NIC principales
  - Enseñanza: dieta prescrita
  - Enseñanza: medicamentos prescritos
  - Enseñanza: proceso de enfermedad
- NIC sugeridas
  - Administración de medicación: intradérmica
  - Administración de medicación: oral
  - Asesoramiento nutricional
  - Aumentar el afrontamiento
  - Enseñanza: cuidados de los pies
  - Enseñanza: grupo
  - Enseñanza: habilidad psicomotora
  - Enseñanza: individual
  - Guía de anticipación
  - Manejo de la hipoglucemia
  - Manejo de la medicación
  - Muestra de sangre capilar
- NIC opcionales
  - Apoyo emocional
  - Ayuda en la modificación de si mismo
  - Disminución de la ansiedad
  - Educación sanitaria
  - Facilitar la autorresponsabilidad

- Monitorización de las extremidades inferiores
- Vigilancia de la piel

Resultado “Autocontrol de la enfermedad cardiaca”

-NIC principales

- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Precauciones cardiacas

-NIC sugeridas

- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Cuidados cardiacos: rehabilitación
- Educación sanitaria
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Precauciones en el embolismo

-NIC opcionales

- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Ayuda para el control del enfado
- Establecimiento de los objetivos comunes
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada

Resultado “Autocuidados: medicación no parental”

-NIC principales

- Ayuda al autocuidado
- Enseñanza: medicamentos prescritos

-NIC sugeridos

- Administración de medicación

- Administración de medicación: enteral
- Administración de medicación: inhalación
- Administración de medicación: nasal
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: ótica
- Administración de medicación: rectal
- Administración de medicación: tópica
- Administración de medicación: vaginal
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitar el aprendizaje
- NIC opcionales
  - Ayuda a la modificación de sí mismo
  - Cuidados de la piel: tratamiento tópico
  - Facilitar la autorresponsabilidad
  - Manejo del asma
  - Manejo de la quimioterapia

### Resultado "Autocuidados: medicación parental"

- NIC principal
  - Enseñanza: habilidad psicomotora
  - Enseñanza: medicamentos prescritos
- NIC sugeridos
  - Administración de medicación: intradérmica
  - Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
  - Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
  - Administración de medicación: subcutánea
  - Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
  - Enseñanza: proceso de enfermedad
  - Facilitar el aprendizaje
- NIC opcionales
  - Apoyo emocional

- Disminución de la ansiedad
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Guía de anticipación
- Terapia intravenosa (i.v.)

### Resultado "Conducta de cumplimiento"

#### -NIC principales

- Acuerdo con el paciente
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Establecimiento de objetivos comunes
- Modificación de la conducta

#### -NIC sugeridas

- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Aumentar el afrontamiento
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Control de casos específicos
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitar el aprendizaje
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Guías del sistema sanitario
- Identificación de riesgos
- Intermediación cultural
- Potenciación de la disposición de aprendizaje
- Reestructuración cognitiva
- Seguimiento telefónico

### -NIC opcionales

- Asistencia para los recursos financieros
- Ayuda para dejar de fumar
- Biblioterapia
- Consulta
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: sexo seguro
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Grupo de apoyo
- Movilización familiar
- Potenciación de la autoestima
- Potenciación de la conciencia de sí mismo
- Protección de los derechos del paciente
- Vigilancia

### Resultado "Conducta terapéutica: enfermedad o lesión"

#### -NIC principales

- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Modificación de la conducta

#### -NIC sugeridas

- Acuerdo con el paciente
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Aumentar el afrontamiento
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono

- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar el aprendizaje
- Grupo de apoyo
- Reestructuración cognitiva
- Seguimiento telefónico
- NIC opcionales
  - Ayuda al autocuidado
  - Ayuda para dejar de fumar
  - Ayuda para disminuir el peso
  - Ayuda para ganar peso
  - Escucha activa
  - Fomentar la implicación familiar
  - Intervención en caso de crisis
  - Movilización familiar
  - Potenciación de la conciencia de sí mismo
  - Tratamiento por consumo de sustancias nocivas
  - Vigilancia

### Resultado "Conocimiento: dieta"

- NIC principales
  - Enseñanza: dieta prescrita
- NIC sugeridas
  - Asesoramiento nutricional
  - Facilitar el aprendizaje
  - Facilitar la autorresponsabilidad
  - Guías del sistema sanitario

- NIC opcionales
  - Ayuda para disminuir el peso
  - Ayuda para ganar peso
  - Intermediación cultural
  - Manejo de líquidos
  - Manejo del peso

Resultado “Conocimiento: régimen terapéutico”

- NIC principales
  - Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- NIC sugeridos
  - Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
  - Enseñanza: dieta prescrita
  - Enseñanza: grupo
  - Enseñanza: habilidad psicomotora
  - Enseñanza: individual
  - Enseñanza: medicamentos prescritos
  - Enseñanza: proceso de enfermedad
  - Escucha activa
  - Facilitar el aprendizaje
  - Manejo de la medicación
  - Manejo de la nutrición
  - Manejo de la quimioterapia
  - Manejo de la radioterapia
  - Potenciación de la disposición de aprendizaje
- NIC opcionales
  - Ayuda para disminuir el peso
  - Ayuda para ganar peso
  - Cuidados del embarazo de alto riesgo
  - Cuidados prenatales
  - Fomentar la implicación familiar
  - Guías del sistema sanitario

-Manejo del peso

Resultado "Control de síntomas"

-NIC principales

-Ayuda en la modificación de sí mismo

- Enseñanza: proceso de enfermedad

-NIC sugeridas

-Asesoramiento nutricional

- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

- Enseñanza: medicamentos prescritos

-Escucha activa

-Facilitar la autorresponsabilidad

-Intervención en caso de crisis

-Modificación de la conducta

-NIC opcionales

-Asistencia para los recursos financieros

-Aumentar el afrontamiento

-Fomento del ejercicio

Resultado "Nivel de glucemia"

-NIC principales

-Manejo de la hiperglucemia

-Manejo de la hipoglucemia

-NIC sugeridas

-Administración de medicación: intradérmica

-Administración de medicación: oral

-Análisis de laboratorio a pie de cama

-Asesoramiento nutricional

- Enseñanza: dieta prescrita

- Enseñanza: habilidad psicomotora

- Enseñanza: medicamentos prescritos

- Enseñanza: procedimiento/tratamiento

- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Manejo de la medicación
- Muestra de sangre capilar
- NIC opcionales
  - Facilitar el aprendizaje
  - Facilitar la autorresponsabilidad
  - Manejo ácido-base: acidosis metabólica
  - Monitorización ácido-base
  - Potenciación de la disposición de aprendizaje
  - Punción intravenosa (i.v.)
  - Terapia intravenosa (i.v.)

### Resultado "Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria"

- NIC principales
  - Apoyo en toma de decisiones
  - Guías del sistema sanitario
- NIC sugeridas
  - Asesoramiento
  - Clarificación de valores
  - Consulta por teléfono
  - Entrenamiento de la asertividad
  - Escucha activa
  - Facilitar la autorresponsabilidad
  - Intermediación cultural
  - Planificación del alta
  - Protección de los derechos del paciente
- NIC opcionales
  - Aumentar el afrontamiento
  - Biblioterapia
  - Derivación
  - Fomentar la implicación familiar
  - Intercambio de información de cuidados de salud

-Modificación de la conducta

Resultado “Respuesta a la medicación”

-NIC principales

- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos

-NIC sugeridas

- Administración de medicación
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Manejo de la medicación
- Potenciación de la disposición de aprendizaje
- Terapia de sustitución hormonal

-NIC opcionales

- Educación sanitaria
- Manejo de la alergia
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo del asma

Ambos diagnósticos a estudio comparten dos Criterios de Resultado (NOC): “Conducta de cumplimiento” y “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión”.

Esto significa que el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” tiene un 33,3 % de sus criterios de resultados compartidos con el diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, y éste un 15,3 %.

Existe una diferencia importante entre los dos diagnósticos respecto a los Criterios de resultados posibles; lo que incrementa la necesidad de hacer esfuerzos por conseguir una alta precisión a la hora de elegir, en la práctica clínica, una de las dos etiquetas diagnósticas que se estudian en esta tesis, en beneficio del paciente.

Respecto a las Intervenciones (NIC) y para cada uno de los dos criterios de resultados compartidos, tenemos lo siguiente:

En la NOC “Conducta de cumplimiento” y en el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” tiene compartidas el 66.6% de las intervenciones principales, el 55% para las intervenciones sugeridas y el 25 % para las intervenciones optativas.

Y para el diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” tiene compartidas el 50 % de las intervenciones principales, y para las intervenciones sugeridas el 55% y las opcionales el 25 %.

En la NOC “Conducta terapéutica: enfermedad o lesión” y en el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” tiene compartidas el 66,6 % de las intervenciones principales, el 73,6 % para las intervenciones sugeridas y el 46,1 % para las intervenciones optativas.

Y para el diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” tiene compartidas el 66,6 % de las intervenciones principales, y para las intervenciones sugeridas el 73,6 % y las opcionales el 54,5 %.

Como era de esperar, en presencia de criterios de resultados iguales, se comparten porcentajes muy altos en las intervenciones propuestas para resolver aquellos.

## **1.6. EL NO CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS**



## EL NO CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS

Los estudiosos de la Farmacología han definido el concepto de Cumplimiento terapéutico como el grado en el que un paciente sigue el tratamiento prescrito, ya sea farmacológico o no.

Baños (45) divide el no cumplimiento terapéutico en dos grandes grupos: el que considera como **incumplimiento primario**, que es aquel en el que el paciente no sigue el tratamiento aunque quisiera seguirlo, pero no lo hace por diversas razones, y el **incumplimiento secundario**, en el que el paciente comprendería el tratamiento y aún así decide, libremente, no seguirlo.

Señala igualmente los principales factores asociados al no cumplimiento terapéutico, determinando ocho posibles grupos de causas: la educación, la ansiedad, el tipo de enfermedad, la posología, la relación médico-paciente, las características del propio paciente, la actitud del profesional y las reacciones adversas.

Por su parte Flórez (46), señala como la consecuencia principal del no cumplimiento, la falta de respuesta terapéutica y explica que la ineficacia del tratamiento por incumplimiento es una de las principales causas del fracaso de tratamientos crónicos de eficacia comprobada y también de enfermedades agudas que no curan o recidivan por el mismo motivo. Por otro lado informa que en EE.UU. se estima que el incumplimiento puede afectar al 50 % de los pacientes en general y puede suponer entre 100.000 y 300.000 millones de dólares anuales.

Para este autor, los factores que influyen en el no cumplimiento se pueden catalogar en los siguientes grupos: por las características del paciente, por las características del entorno familiar, por la relación entre médico y paciente, por la enfermedad padecida y por las características del propio tratamiento.

Lorenzo (47) cita la Clasificación de los patrones de uso de medicamentos de Dirks y Kinsman (1982), la cual considera las siguientes posibilidades:

El Cumplimiento : uso correcto

El No cumplimiento: a) abusos; b) omisiones y c) uso errático.

Y señala que el uso inadecuado de los medicamentos modifica el cociente riesgo/beneficio de los fármacos, disminuyendo la probabilidad de beneficio terapéutico e incrementando el riesgo de reacciones adversas.

Así mismo considera que la adherencia es mejor en tratamientos sintomáticos que en tratamientos “etiológicos”, quizá porque en estos últimos es frecuente que no se aprecien beneficios clínicos inmediatos.

Respecto a los factores causales de la no adherencia a los tratamientos, Lorenzo, señala:

- a) Las características del paciente: la edad (no así el sexo), situación psicológica o factores del entorno.
- b) Las características del tratamiento: duración, pauta terapéutica, cambios en el tratamiento
- c) La enfermedad padecida
- d) La relación médico/paciente

El no cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, sea por la causa que sea, es uno de los problemas principales a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en el mundo actual.

El no cumplimiento de los tratamientos produce, en primer lugar, un importante perjuicio para la salud del paciente, ya que no alcanza los beneficios terapéuticos que se pretende con aquéllos.

El incumplimiento lleva a complicaciones médicas y psicosociales en los pacientes que incurrir en él, reduce la calidad de vida, aumenta la probabilidad de aparición de

resistencias a los medicamentos y puede llevar a la imposibilidad de controlarla o, en casos concretos, a erradicarla.

En un estudio de la OMS (48) , que se basa en la revisión exhaustiva de la literatura publicada sobre las definiciones, mediciones, epidemiología, economía y las intervenciones que se aplican a nueve enfermedades crónicas ( asma, cáncer-cuidados paliativos, depresión, diabetes, epilepsia, VIH/SIDA, hipertensión, tabaquismo y tuberculosis) y sus factores de riesgo, Sabaté señala que en los países desarrollados se calcula que solo el 50 % de los pacientes con enfermedades crónicas siguen la observación del tratamiento y en los países en vías de desarrollo es todavía menor.

En el caso de la Hipertensión Arterial, el porcentaje de pacientes que cumplen con el tratamiento es solo del 27 % en Gambia, del 43 % en China y del 51 % en los Estados Unidos de Norteamérica.

Desde hace décadas se ha señalado el incumplimiento en el tratamiento como un problema importante en los pacientes con enfermedades crónicas, habiéndose comprobado en diversas series que un 25 a 80 % de pacientes no siguen el tratamiento indicado de manera adecuada(49),(50)

Estos datos se mantienen en el tiempo, como indican trabajos posteriores a los citados anteriormente; tal es el caso del estudio en relación con los pacientes con hipertensión crónica llevado a cabo por Krousel-Wood y colaboradores, (51) en el que se indica que solo el 50 % de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento, entendida ésta como el hecho de tomar un medicamento en la dosis y el momento apropiado al menos en el 80 % de las ocasiones.

Otros estudios han centrado su observación del no cumplimiento del tratamiento, en la comprobación de los medicamentos prescritos que son desechados por los propios pacientes, hecho evidente de que no han seguido las indicaciones terapéuticas. Es el caso del estudio llevado a cabo en el CAP Serraparera del Institut Catalá de la Salut (52), donde se recogió la información, durante todo el año 2003, de los medicamentos desechados por los pacientes en el contenedor de reciclaje del Centro de Salud. El número de cajas desechadas fue de 5228, con un coste global de 67471,64 euros y

siendo los más desechados los medicamentos indicados para patologías crónicas, en primer lugar los antihipertensivos. A similares conclusiones llegaron en un estudio llevado a cabo en el E.A.P. de Pineda de Mar, en 2004 (53)

No solo existe un problema para los pacientes individualmente, sino que existe un problema para el propio sistema sanitario y el conjunto de la sociedad, ya que los esfuerzos y las inversiones del sistema en la puesta en marcha de estrategias terapéuticas que no alcanzan su fin por abandono o por un cumplimiento incompleto, se hacen inefectivas y a eso, en un momento en que los recursos son escasos y las necesidades amplias, se debe intentar poner remedio.

Los recursos dedicados al tratamiento que no producen sus efectos, en este caso a causa de un abandono o incumplimiento del mismo, entran en competencia con otros recursos que podrían haber sido destinados a otros fines sanitarios, a cubrir otras necesidades.

Muchos estudiosos de la economía de la salud mantienen que los recursos existentes son escasos, y hay que tener en cuenta los usos alternativos de estos recursos para lograr decisiones racionales.

Pero no solo debemos tener en cuenta los costes directos (costes médicos y costes farmacéuticos) a la hora de evaluar el impacto del no cumplimiento de los tratamientos.

Desde el punto de vista del coste social debemos también tener en cuenta los costes indirectos (días de trabajo perdidos durante la enfermedad y las indemnizaciones o pensiones) y los costes invisibles o intangibles (aquellos derivados de la aportación personal no remunerada de cuidadores familiares o informales).

Estos últimos apenas están estudiados desde el punto de vista de su repercusión en el conjunto de la actividad económica de la sociedad dada su propia naturaleza, aunque

cada vez se les reconozca mayor importancia en el conjunto del esfuerzo realizado por la sociedad en el ámbito sanitario.

En un futuro es previsible un aumento continuado de los gastos en sanidad y en particular se considera que existirá un crecimiento del consumo de medicamentos, lo que supone una importante preocupación de las autoridades sanitarias, tanto por los riesgos que entrañan su uso indebido como por los altos costes que representan en la factura del sistema sanitario.(54)

Teniendo en cuenta solo los datos de la facturación de receta médica oficial para la Atención Primaria (55) generada en la Comunidad de Madrid durante los años 2006, 2007 y 2008 (ámbito geográfico y años en los que se encuadra este estudio) se puede apreciar el volumen del problema en caso de no seguimiento de las propuestas terapéuticas y la importancia negativa que tiene, en el ámbito económico-social, el hecho de no aprovechar los recursos destinados por el sistema al tratamiento de las enfermedades de los pacientes. (tabla 1)

<b>GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID</b>	1.107.456.000	1.182.767.000	1.242.660.000
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	10.812.504.000	11.371.089.000	12.144.213.000

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España

Como se puede observar, el incremento anual en el gasto farmacéutico es muy importante: en la Comunidad de Madrid del 6,79 % en 2007 respecto a 2006 y del 5,06 % en 2008 respecto a 2007 y en el conjunto de España del 5,17 % y del 6,79 % respectivamente para los mismos años. Lo que lleva a entender que el problema indicado puede ir en aumento.



## **1.7. LA PRECISION DIAGNOSTICA EN ENFERMERIA**



## LA PRECISION DIAGNOSTICA EN ENFERMERIA

El concepto de precisión tiene diversas acepciones según el ámbito en que se utilice; la estadística, la informática o la filosofía dan sentido distinto al mismo término. En este trabajo utilizamos la cuarta acepción que da a esa palabra el Diccionario de la Real Academia en su 22ª edición, que la define como: “Abstracción o separación mental que hace el entendimiento de dos cosas realmente identificadas, en virtud de la cual se concibe la una como distinta de la otra”.

Margaret Lunney , profesora de la Universidad de la ciudad de Nueva York, es el referente para el estudio de la precisión diagnóstica en enfermería.

Señala Lunney (56) que son necesarios estudios de la precisión en los diagnósticos de enfermería y de los factores que influyen en esa precisión, ya que estudios previos han establecido que la interpretación de los datos de los pacientes varía mucho entre distintas enfermeras

Existen tres factores que afectan a la precisión diagnóstica:

Los **diagnosticoadores**, en nuestro caso las enfermeras; el **contexto situacional** en el que se desarrolla la tarea diagnóstica y la **naturaleza de la propia tarea diagnóstica** (57), (58)

La diversidad y complejidad en la interpretación de los datos de los pacientes contribuyen al riesgo de que los diagnósticos de enfermería sean menos precisos.

Uno de los factores que más influyen en la precisión de los diagnósticos enfermeros, es que un ser humano no puede entender completamente a otro ser humano (59)

Pese a que los hallazgos en investigación confirmen este riesgo, debido a la enorme variación en la precisión, son esenciales diagnósticos exactos para orientar las

intervenciones de enfermería en el logro de resultados positivos en la asistencia enfermera. (60), (61), (62)

Hay razones para que la precisión sea motivo de preocupación en la función diagnosticadora enfermera. Las razones para ello son: a) las respuestas del ser humano son tan complejas y diversas que se corre el riesgo que la precisión sea baja; b) la selección de las intervenciones más apropiadas dependen de que la precisión sea alta, y c) la responsabilidad sobre un alto grado de precisión es una conducta profesional. (63)

Los diagnósticos son juicios clínicos probabilísticos y, como tales, están siempre en riesgo de ser imprecisos.

Lunney señala que existe un importante riesgo de baja precisión en los diagnósticos enfermeros dada la diversidad y complejidad en la interpretación de los datos de los pacientes (64)

Así mismo advierte Lunney, que la baja precisión en los diagnósticos enfermeros está siempre presente porque la interpretación de las respuestas de los pacientes por parte del profesional enfermero, son impresiones subjetivas o el diagnóstico de otras experiencias de la persona (65)

Ya en los años 60 del siglo XX, Kelly (66) demostró a través de una investigación, que existen amplias variaciones en las interpretaciones que hacen diversas enfermeras, de las respuestas como el dolor, incluso cuando se ponen los mismos datos al alcance de cada enfermera.

Otro aspecto que influye de manera importante en el grado de precisión en los diagnósticos enfermeros, es la utilización de un lenguaje profesional estandarizado. Diversos estudios demuestran que la no utilización de lenguaje estandarizado lleva a una baja precisión diagnóstica. (67), (68), (69)

El problema de la precisión diagnóstica se plantea en diversos dominios de la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

Respecto al dominio 5 Percepción/cognición, existe un trabajo de Hancock y colaboradores (70) que señala las dificultades que tienen las enfermeras expertas para diferenciar entre los diagnósticos “Trastorno de los procesos de pensamiento” y “Trastorno de la percepción sensorial”. Señalan estos autores, que la existencia de solapamiento de características definitorias entre estos diagnósticos supone un serio problema para hacer diagnosis diferencial y para su uso en la práctica clínica.

En la edición para los años 2009-2011 de la clasificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA, ha sido retirado de la misma el diagnóstico “Trastorno de los procesos de pensamiento”, proponiéndose su desaparición definitiva del texto de Definiciones en la edición de 2012-2014, a menos que se aporte un nivel de evidencia de 2.1 (71)

Respecto a los diagnósticos enfermeros que tienen relación con las dificultades en la eliminación urinaria, de Moraes y compañeros (72) proponen un sistema basado en la “lógica confusa”, para ayudar en la precisión diagnóstica enfermera en el manejo de los problemas de eliminación urinaria y para mejorar la elección de las intervenciones más adecuadas en cada caso.

La “lógica confusa” fue desarrollada por Zadeh en los años 60 del siglo XX, como medio para modelar la incertidumbre en lenguaje natural. Su uso se inicio para el análisis de sistemas diagnósticos y de análisis de imágenes; más tarde, pasó a usarse también en epidemiología y salud pública. Se basa en el concepto de que hay valores parcialmente ciertos, que pueden pertenecer a un conjunto, solamente en parte. Así mismo plantea que los límites de dichos conjuntos son imprecisos y por tanto se puede observar una transición gradual de alguno de los elementos de ese conjunto, de una situación de pertenencia al mismo a la de no pertenencia. Una relación difusa podría expresar una relación parcial o imprecisa entre elementos del mismo conjunto, en oposición a una

relación precisa y nítida en la que los elementos pueden o no pueden relacionarse, como opción claramente dicotómica.

Lunney señala que hasta 1992 la idea más aceptada en el ámbito enfermero era que el diagnóstico podía ser preciso o impreciso. Pero la propia Lunney (73) parte de la idea de que , en los diagnósticos enfermeros, no se puede hablar de la precisión como una cuestión dicotómica, sino que la precisión es un continuo en una escala, que oscila de un nivel alto a un nivel bajo.

Dicha escala se ordena en siete niveles, que van de +5 al -1.

Los criterios para asignar los números están definidos por el grado de consistencia entre los diagnósticos y los datos o información en el caso clínico. Los datos tienen variación respecto a su importancia en la determinación de la precisión diagnóstica, existiendo datos que son muy relevantes mientras que otros son predictores o sustentadores. En la medida en que se utilicen datos relevantes, aumentará la precisión, en contraposición al uso de datos simplemente predictores, lo que hará que la precisión baje.

Los siete niveles de la escala propuesta por Lunney se representan en la tabla 2

<b>Número</b>	<b>Criterio</b>
+5	El diagnóstico es preciso y consistente con todos los datos. Es respaldado por datos muy relevantes
+4	El diagnóstico es consistente con la mayoría de todos los datos y se sustenta en datos relevantes pero falla al reflejar uno o unos pocos datos relevantes
+3	El diagnóstico es consistente con muchos de los datos pero falla al reflejar la especificidad de datos disponibles
+2	El diagnóstico se basa en algunos datos pero los datos relevantes son insuficientes para el diagnóstico y/o el diagnóstico es de menor prioridad que otros diagnósticos
+1	El diagnóstico se sustenta en uno o pocos datos
0	El diagnóstico no se basa en ningún dato. No se elabora un diagnóstico cuando hay suficientes datos que lo confirman. El diagnóstico no puede ser puntuado
-1	El diagnóstico se basa en más de un dato pero puede ser rechazado basándose en la presencia de al menos dos datos que refutan su presencia
Lunney, M. 1989	

Más recientemente , la escala de siete puntos se ha reducido a una de cinco puntos, después de los estudios llevados a cabo en Brasil y Europa. En base a ellos, Matos y Cruz proponen una escala, denominada NDAS (Nursing Diagnosis Accuracy Scale) que puede consultarse su desarrollo en Matos, Fabiana Gonçalves de Oliveira Azevedo. (2006) Development of a tool to estimate diagnostic accuracy. Tesis de Master no publicada, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Brasil; y que ha sido publicada en Proceedings of the 6th. European Conference of Acendio, 2007. P. 144-145. Esta escala consta de cinco elementos dicotómicos. Los elementos primero y último analizan si el diagnóstico debe ser puntuado o no y las tres restantes permiten interpretar propiamente la precisión del diagnóstico a estudio.

El elemento 1 hace la pregunta, de respuesta dicotómica, si hay indicios para el diagnóstico a estudio. Se dan las siguientes instrucciones para su utilización: Considerar la definición de “indicios” como manifestaciones del paciente que representen signos, indicadores o características del diagnóstico de enfermería. Si hay al menos una pista para el diagnóstico, con independencia de su relevancia, especificidad y coherencia, responder Sí. Si la respuesta es NO, los demás elementos no son aplicables, interrumpir la aplicación de la escala

El elemento 2 se pregunta si la relevancia de la pista o indicios existentes es: Alta/Moderada o Baja/Nula; y se dan las instrucciones siguientes: Considerar la definición de “relevancia del indicio” como la propiedad del indicio de ser importante como indicador del diagnóstico de enfermería; puntuando el nivel de relevancia de los indicios existentes. Si se cree que hay indicios en ambos niveles de relevancia, señalar solo la más alta.

El elemento 3 valora dicotómicamente la especificidad de los indicios existentes, con los valores de Alta/Moderada o Baja/Nula. Dándose las siguientes instrucciones: Considerar la definición “especificidad de la pista” como la propiedad de la pista de ser adecuada y distintiva del diagnóstico de enfermería, puntuando el nivel de

especificidad de los indicios existentes. Si se cree que hay indicios en ambos niveles de relevancia, señalar solo la más alta.

El elemento 4 analiza la coherencia de los indicios existentes, valorándola como Alta/Moderada o Baja/Nula; señalando que se debe considerar la definición de “coherencia de la pista” como la propiedad de la pista de ser compatible con el conjunto de datos existentes e indicando que si se observan indicios de ambos niveles, indicar solo la más alta.

Por último, el elemento 5 pregunta si se acepta el diagnóstico o no; dando la instrucción de que aunque se tengan indicios de cierta relevancia, especificidad y coherencia, el diagnóstico de enfermería puede no ser prioritario para la situación del paciente, puede no guiar la selección de la intervención adecuada o hay otro diagnóstico que puede explicar mejor la respuesta del paciente, y en este caso marcar el elemento con un “no”.

En la tabla 3 se presenta la aplicación práctica de la escala.

**Tabla 3** de respuestas NDAS

Diagnósticos	Elemento 1		Elemento 2		Elemento 3		Elemento 4		Elemento 5	
	¿hay indicios?		Relevancia (indicio x diagnóstico)		Especificidad (indicio x diagnóstico)		Coherencia (indicio x conjunto de datos)		¿Está de acuerdo con el diagnóstico?	
	sí	no	Alt/Mod (1)	Baja/Nula (0)	Alt/Mod (3,5)	Baja/Nula (0)	Alt/Mod (8)	Baja/Nula (0)	sí	no
1.-										
2.-										
3.-										

Matos, F. y Cruz, D. (2007)

En la tabla 4 se pueden ver las claves de puntuación de la escala

Tabla 4 de claves de puntuación NDAS				
Elementos		Definición	Categoría	Puntuación
1	Presencia de indicios	Presencia de manifestaciones del paciente que representan signos, indicadores o características del diagnóstico de enfermería	Si	Ninguna
			No	Ninguna
2	Relevancia de los indicios	Propiedad del indicio de ser importante como indicador del diagnóstico de enfermería	Alta/Moderada	1
			Baja/Nula	0
3	Especificidad de los indicios	Propiedad del indicio de ser adecuado y distintivo de un diagnóstico de enfermería	Alta/Moderada	3,5
			Baja/Nula	0
4	Coherencia de los indicios	Propiedad del indicio de ser compatible con el conjunto de datos disponibles	Alta/Moderada	8
			Baja/Nula	0

Matos, F. y Cruz, D.(2007)

En la tabla 5 se presenta la aplicación final de la escala.

Tabla 5 aplicación de la clave de puntuación NDAS		
Puntuación total de la precisión	Interpretación	Categoría de precisión
0	Los datos de la valoración no ofrecen indicios para el diagnóstico o los indicios presentes son de baja relevancia, especificidad y coherencia	Nula
3,5 4,5	Los indicios presentes en los datos de valoración son de baja/nula coherencia, si bien hay indicios muy relevantes o muy específicos para el diagnóstico	Moderada
8,0 9,0 11,5 12,5	Los indicios presentes en los datos de valoración son de alta coherencia o alta relevancia, o de alta especificidad para el diagnóstico	Alta

Matos, F. y Cruz, D.(2007)

No se han encontrado trabajos, ni en el ámbito español ni en el internacional, que estudien en concreto y en profundidad, el peso negativo en la precisión diagnóstica que puede tener el hecho de la existencia de características definitorias y factores

relacionados solapados, similares o equivalentes, en muchos diagnósticos de la taxonomía NANDA.

El estudio, en este trabajo, de estos aspectos, no pretende definir un modelo general para definir la precisión de los diagnósticos enfermeros como hace Lunney, pero si ayudar en el avance para mejorar las clasificaciones diagnósticas enfermeras, en un aspecto que es fundamental para elegir los resultados que se pretende alcanzar con los pacientes, y en la elección de las intervenciones necesarias para resolver los problemas diagnosticados, que debe basarse en los factores causales de los mismos.

## **2.- JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**



## 2.1. Justificación



## Justificación

La actividad profesional de las enfermeras relacionada con la ayuda a los individuos a llevar a cabo los tratamientos prescritos por los profesionales de la salud, cuando ellos no pueden hacerlo por sí mismos, por cualquier razón, incluyendo el seguimiento del cumplimiento, es admitido universalmente. (74), (75)

Actualmente, con la implementación de registros de salud electrónicos, la precisión diagnóstica es tanto más importante porque solamente términos estandarizados serán usados para representar datos de diagnósticos de los pacientes y estos términos serán agregados para producir descripciones epidemiológicas de poblaciones de pacientes. Las descripciones epidemiológicas de las respuestas humanas serán claramente defectuosas a menos que se haga un gran esfuerzo para alcanzar la precisión de los diagnósticos enfermeros.

En el desarrollo actual de la taxonomía de la NANDA, se aprecia una debilidad en algunas de las características definitorias y los factores relacionados, lo que dificulta la elección correcta del diagnóstico en muchas ocasiones, lo que ha llevado a revisiones alternativas, que no en todas las ocasiones han sido incorporadas a la taxonomía. (76)

Un factor que puede afectar a la precisión de los diagnósticos enfermeros es la traslapación ( traslapar: cubrir total o parcialmente una cosa con otra) (77) o solapamiento de signos y síntomas por un lado y factores relacionados por otro, en diversos diagnósticos de enfermería; pudiendo ser este hecho el inicio de errores diagnósticos y, ya que los diagnósticos son la base de las intervenciones enfermeras, llevar a resultados del paciente no deseados. (78)

Un caso claro de traslapación de factores relacionados y características definitorias en diagnósticos de la NANDA, lo tenemos con los diagnósticos “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”.

Ambos diagnósticos son de uso en el ámbito de la práctica enfermera de atención primaria (79), (80)

En España se han realizado estudios, pocos, sobre la utilización de los diagnósticos enfermeros, tanto en el ámbito teórico como en la práctica asistencial en atención primaria (81), (82), (83)

En un estudio de 2006 realizado en el ámbito de los cuidados a domicilio de un Centro de salud de Sevilla, se estima en un 5,2 % la prevalencia del diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” entre la población a la que se le ha determinado algún diagnóstico enfermero (84)

En 1997, Clavería, estudiando el uso de categorías diagnósticas en un equipo de atención domiciliaria socio-sanitaria en Cataluña, señala que el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento, aparece en un 2.9 % de los pacientes diagnosticados (85)

No obstante existe una notable ausencia de validación clínica en la mayoría de los diagnósticos de la NANDA, incluidos los dos diagnósticos a estudio en esta tesis, lo que se traduce en una permanente inconsistencia e inespecificidad de las características definitorias y de los factores relacionados. (86)

En concreto, en nuestro ámbito de actuación, no existe en la actualidad ningún estudio que analice la precisión diagnóstica, en la práctica clínica, de los diagnósticos “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” e “Incumplimiento del tratamiento”, respecto a la elección de los factores relacionados y las características definitorias.

Solo se ha encontrado descrito algún intento de introducción en la práctica del uso de los dos diagnósticos, mediante actividad docente que dirigía la elección de características definitorias y factores relacionados para ambos. (87)

Rivas Campos y colaboradores, sugieren la necesidad de insistir en líneas de investigación que profundicen en el estudio de las características que definen las categorías diagnósticas enfermeras, con el fin de mejorar la elección de las intervenciones más apropiadas en la resolución de los problemas de los pacientes, ya que, según su opinión, algunas son un “cajón de sastre”.(88)

Por otro lado, en el mundo anglosajón se ha prestado atención al análisis del uso en la práctica clínica de los dos diagnósticos estudiados en esta tesis. (89), (90), (91), (92), (93)

Es por todo lo anterior que se hace necesario iniciar el estudio del problema de la precisión diagnóstica de los diagnósticos de la taxonomía NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, con el fin de mejorar los procesos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes, realizados por enfermeros.

Así mismo es conveniente conocer cuál es la aplicación, en la práctica clínica enfermera en el ámbito de la Atención Primaria, de los dos diagnósticos, estudiando la relación de los mismos con los episodios y las situaciones de salud por los que consultan los pacientes en sus centros de salud, con el fin de planificar de una manera más efectiva las actividades profesionales.



## **2.2. OBJETIVOS**



## **Objetivo general**

Establecer el grado de diferenciación en la precisión diagnóstica, a través del uso de características definitorias y factores relacionados, entre los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, en el ámbito de la Atención Primaria.

## **Objetivos secundarios**

Determinar la prevalencia, en el ámbito de estudio, de las distintas características definitorias en los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”

Determinar la prevalencia, en el ámbito de estudio, de los distintos factores relacionados en los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”

Establecer qué características definitorias se pueden considerar similares, entre las de los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”

Establecer qué factores relacionados se pueden considerar similares, entre las de los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”

Identificar la relación entre los diagnósticos de la NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” con los episodios CIAP, de uso en Atención Primaria como clasificación principal de los problemas de salud por los que consultan los pacientes.



### 3.- METODOLOGÍA



## DISEÑO DEL ESTUDIO

Este estudio se ha realizado en dos fases:

En la **primera fase** se ha desarrollado una técnica de grupo nominal para establecer las características definitorias y los factores relacionados, incluidos en los dos diagnósticos a estudio, que se pueden considerar como equivalentes o similares entre ellos.

En la **segunda fase** se ha realizado un estudio estadístico descriptivo, retrospectivo, sobre el conjunto de la población de la Comunidad de Madrid que fue diagnosticada con alguno de los diagnósticos a estudio, en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de Atención Primaria de todas las Áreas Sanitarias, durante los años 2006, 2007 y 2008.

El fin de esta fase del estudio es determinar, por una parte, la prevalencia, en los diagnósticos enfermeros de la clasificación NANDA “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, de los distintos factores relacionados y las características definitorias, en el uso clínico en el ámbito de la Atención Primaria y por otro lado, establecer si es significativa la prevalencia de los reconocidos como equivalentes o similares.

A estos efectos, se consideró que un porcentaje mayor del 50 % de características definitorias similares utilizadas en el proceso diagnóstico, conlleva una baja precisión en la elección del diagnóstico adecuado.

Así mismo, se consideró que un porcentaje mayor del 50 % de factores relacionados similares utilizados en el proceso diagnóstico, conlleva una baja precisión en la elección del diagnóstico adecuado.

También se identificó la relación entre los diagnósticos estudiados y los problemas de salud de la población a estudio, recogidos mediante la clasificación CIAP.

### 3.1. PRIMERA FASE

Para llevar a cabo esta Fase, se ha utilizado una técnica de consenso, utilizando cuestionarios para la recogida de la información y aplicando la técnica cuantitativa a través de medidas estadísticas de agregación para obtener sus resultados. (94), (95), (96)

Se organizó un Grupo Nominal de Expertos con el fin de buscar consenso en la determinación de qué características definitorias y qué factores relacionados, incluidos en los diagnósticos estudiados y recogidos en la clasificación de diagnósticos enfermeros de la NANDA, se podían considerar como equivalentes o similares.

Los requisitos para participar en el grupo, es decir el perfil de experto que se exigía, eran:

- Enfermero titulado con una práctica profesional mayor a 10 años
  
- Experiencia en el uso o estudio de Diagnósticos NANDA mayor a 5 años

Se eligieron 6 expertos que reunían las características exigidas, siendo además todos ellos profesores de los estudios universitarios de enfermería de la Universidad Complutense de Madrid o de la Universidad de Alcalá de Henares.

Así mismo 3 de ellos desarrollaban su actividad profesional en el ámbito de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid y 2 desarrollaban responsabilidades profesionales de formación en servicio, en hospitales públicos de la red sanitaria madrileña; 1 desarrollaba exclusivamente actividad profesional como profesor

universitario, encargado de las asignaturas Fundamentos de Enfermería y Metodología Enfermera.

Se desarrollaron tres sesiones de trabajo para el grupo, dirigiendo éste el responsable de la investigación.

### **3.1.1. 1ª SESIÓN**

-Presentación del tema a consensuar y metodología a seguir.

-Concreción de los conceptos “Equivalencia” y “Similitud” mediante la entrega a cada participante de una cartulina con este contenido:

“EQUIVALENCIA: igualdad en el valor, estimación, potencia o eficacia de dos o más cosas”, “SIMILITUD: semejanza. SEMEJANZA: cualidad de semejante....”SEMEJANTE”: que se asemeja o se parece a alguien o algo”

-Manifestación, por escrito y con opción dicotómica, de la opinión individual de cada experto, mediante la cumplimentación de los cuestionarios específicos (anexo 1), en relación a la equivalencia o similitud entre las características definitorias y factores relacionados apareados; sin intercomunicación entre los participantes.

Los factores relacionados eran 22 para el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” y 16 para el diagnóstico “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” y las características definitorias: 6 y 5 respectivamente; lo que llevó a realizar 352 comparaciones para los factores relacionados y 30 para las características definitorias por cada uno de los participantes, produciéndose un total de 2292 comparaciones al ser 6 los participantes.

-Señalamiento de la 2ª sesión

Esta primera sesión se realizó el día 22 de enero de 2009 y tuvo una duración de 2 horas.

Entre la 1ª y la 2ª sesión el investigador, mediante el análisis de los cuestionarios rellenados por los expertos participantes, extrajo las características definitorias y los factores relacionados señalados, al menos por uno de los participantes, como equivalentes o similares y se elaboró un documento-listado con los mismos para su presentación a los expertos en las siguientes sesiones (anexo 2)

### **3.1.2. 2ª SESIÓN**

-Presentación de los resultados de los cuestionarios cumplimentados, correspondientes a las características definitorias de los dos diagnósticos a estudio y de los factores relacionados del 1 al 6.

La presentación consistía en la relación nominal, en documento-listado escrito, de las características definitorias y de los factores relacionados apareados señalados, por alguno de los participantes, como similares o equivalentes.

-Discusión colectiva de todos y cada uno de los apareados presentados

-Manifestación de acuerdo o desacuerdo con cada una de las equivalencias o similitudes propuestas, mediante puntuación sobre una escala numérica de valoración (del 0 al 5, donde "0" era "ningún acuerdo" y "5" "máximo acuerdo").

-Listado de las características definitorias y de los factores relacionados (del factor 1 al factor 6) consensuados por el grupo como equivalentes o similares.

Señalamiento de la 3ª sesión.

Esta segunda sesión se realizó el día 10 de febrero de 2009 y tuvo una duración de 2 horas y 15 minutos.

### **3.1.3. 3ª SESIÓN**

-Metodología idéntica a la 2ª sesión, pero para los factores relacionados del 7 al 16.

-Listado de los factores relacionados (del factor 7 al factor 16) consensuados por el grupo como equivalentes o similares.

Esta tercera sesión se realizó el día 17 de febrero de 2009 y tuvo una duración de 2 horas y 25 minutos.

-Fin del trabajo del Grupo Nominal y agradecimientos por su participación.

Posteriormente, el investigador determinó el valor de la media para determinar la puntuación para cada uno de los apareados y seleccionó exclusivamente aquellos que tuvieron una puntuación igual o mayor a 3, siguiendo el criterio de máximo consenso entre los participantes.

Mediante esta fase de la investigación, se pudo definir las características definitorias y los factores relacionados, de los diagnósticos “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, que se pueden considerar como similares o equivalentes entre sí para cualquiera de los dos diagnósticos. Siendo estos datos, la base para una parte de la investigación llevada a cabo en la segunda fase del proyecto.

## 3.2. SEGUNDA FASE

En primer lugar se presentó el proyecto de investigación para su aprobación, al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Doce de Octubre, que es el órgano responsable de la aprobación de los proyectos de investigación para el conjunto del Área 11 de asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como especializada. (Anexo 3)

Una vez conseguida dicha aprobación se dirigió escrito a todas las Direcciones Gerencia de las 11 Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid ( Anexo 4), solicitando permiso para acceder a los sistemas informáticos de las distintas Áreas, donde reside la información clínica y sociodemográfica de los pacientes atendidos en los centros de Atención Primaria, con el fin de obtener los datos necesarios para la realización del estudio.

Una vez conseguidos todos los permisos se procedió a la extracción de los datos a estudio, del Sistema Informático de las Gerencias de Atención Primaria de Madrid.

### **3.2.1. POBLACION**

La población diana fue el total de personas incluidas en los registros informatizados del sistema de atención sanitaria pública de Atención Primaria de las 11 Áreas de la Comunidad Autónoma de Madrid (OMI-AP).

La población a estudio, las personas incluidas en ese sistema informático que fueron diagnosticadas con las etiquetas diagnósticas de la NANDA-I “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” (código 00078) y/o “Incumplimiento del Tratamiento” (código 00079) durante los años 2006, 2007 y 2008.

Se utilizó un criterio de exclusión: personas con edad inferior a 14 años.

No se calculó tamaño muestral al trabajar con el conjunto de la población a estudio.

### 3.2.2. VARIABLES

La fuente de los datos fue la Hª Clínica de OMI-AP (gestor), extraídos mediante una secuencia SQL. (anexo 5)

SQL (Structured Query Language) es un lenguaje de consulta estructurado, declarativo de acceso a bases de datos relacionales de 4ª generación, que permite lanzar consultas con el fin de recuperar información de interés de una base de datos.

La información necesaria estaba guardada en tres tablas: IDDENAN (para los diagnósticos NANDA-I), IDDECD (para las características definitorias) Y IDDEFR (para los factores relacionados).

Los datos extraídos del sistema informático fueron: Diagnóstico NANDA-I, características definitorias, factores relacionados, edad, sexo, episodio CIAP de consulta (anexo 6), año del diagnóstico y área sanitaria.

Estos datos se transformaron en variables a estudio:

Variables cualitativas:

- diagnóstico NANDA-I (dicotómica)
- característica definitoria
- factor relacionado
- sexo (dicotómica)
- episodio CIAP de consulta
- año del diagnóstico
- área sanitaria

Variable cuantitativa discreta:

- edad

Los datos se pasaron a una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel, donde se procesaron y se generaron nuevas variables, además de las ya citadas, para cada uno de los individuos a estudio; estas nuevas variables fueron:

Variables cualitativas:

- característica definitoria equivalente o similar según criterio del grupo nominal previo (dicotómica)
- factor relacionado equivalente o similar según criterio del grupo nominal previo (dicotómica)
- característica definitoria similar + factor relacionado similar (dicotómica)

Posteriormente estos datos fueron estadísticamente procesados mediante el programa informático SPSS-17, analizando frecuencias y asociación entre las variables.

### **3.2.3 CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES**

En todos los pasos dados en el proyecto, se han establecido las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

La obtención de los datos ha tenido carácter anónimo, tanto para los pacientes como para los profesionales y fueron de carácter confidencial para los centros participantes.

En el registro de datos no constó ningún dato identificativo del paciente. La presentación de los datos es desagregada, de manera que con la difusión de los resultados, los pacientes no pueden ser identificados.



## 4.- RESULTADOS



## **4.1. Resultados de la Primera Fase**



**4.1.1. Características definitorias consideradas similares o equivalentes por el grupo de expertos, entre las de los diagnósticos NANDA-I “Incumplimiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”**

Los resultados del trabajo de los expertos, para la determinación de las características definitorias consideradas como equivalentes o similares, (valores consensuados con puntuación igual o mayor a 3, sobre 5) fueron los siguientes:

Del diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico:

- Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios
- Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas
- Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención

Del diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento:

- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento

Los apareamientos de equivalencia fueron los siguientes (tabla 6):

<b>Tabla 6. Características definitorias similares apareadas</b>	
<b>MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</b>
Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento
Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento
Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento

**4.1.2. Factores relacionados considerados similares o equivalentes por el grupo de expertos, entre los de los diagnósticos NANDA-I “Incumplimiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”**

Los resultados del trabajo de los expertos, para la determinación de los factores relacionados considerados como equivalentes o similares (valores consensuados con puntuación igual o mayor a 3, sobre 5), fueron los siguientes:

Del diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico:

- Complejidad del régimen terapéutico
- Demandas excesivas sobre un individuo o familia
- Patrones familiares de cuidado de salud
- Déficit de conocimientos
- Percepción de barreras
- Percepción de beneficios
- Dificultades económicas
- Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud
- Déficit de soporte social

Del diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento:

- Complejidad del plan de cuidados de salud
- Coste del plan de cuidados de salud
- Duración del plan de cuidados de salud
- Intensidad del plan de cuidados de salud
- Implicación de los miembros en el plan de salud
- Influencias culturales
- Conocimientos relevantes para el régimen propuesto
- Acceso a los cuidados
- Satisfacción con los cuidados
- Conveniencia de los cuidados
- Cobertura sanitaria individual
- Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento
- Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud
- Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados

- Credibilidad del proveedor de cuidados

Los apareamientos de equivalencia fueron los siguientes (tabla 7):

<b>Tabla 7 . Factores relacionados similares apareados</b>	
<b>MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO</b>	<b>INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO</b>
Complejidad del régimen terapéutico	Complejidad del plan de cuidados de salud
Demandas excesivas sobre un individuo o familia	Complejidad del plan de cuidados de salud
	Coste del plan de cuidados de salud
	Duración del plan de cuidados de salud
	Intensidad del plan de cuidados de salud
Patrones familiares de cuidado de salud	Implicación de los miembros en el plan de salud
	Influencias culturales
Déficit de conocimientos	Conocimientos relevantes para el régimen propuesto
Percepción de barreras	Acceso a los cuidados
Percepción de beneficios	Satisfacción con los cuidados
	Conveniencia de los cuidados
Dificultades económicas	Cobertura sanitaria individual
	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento
	Coste del plan de cuidados de salud
	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud
	Implicación de los miembros en el plan de salud
Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados
	Credibilidad del proveedor de cuidados



## **4.2. Resultados de la Segunda Fase**



## 4.2.1. Datos generales:

## 4.2.1.1. Población adscrita a las distintas áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid durante los años 2006, 2007 y 2008 (población diana)

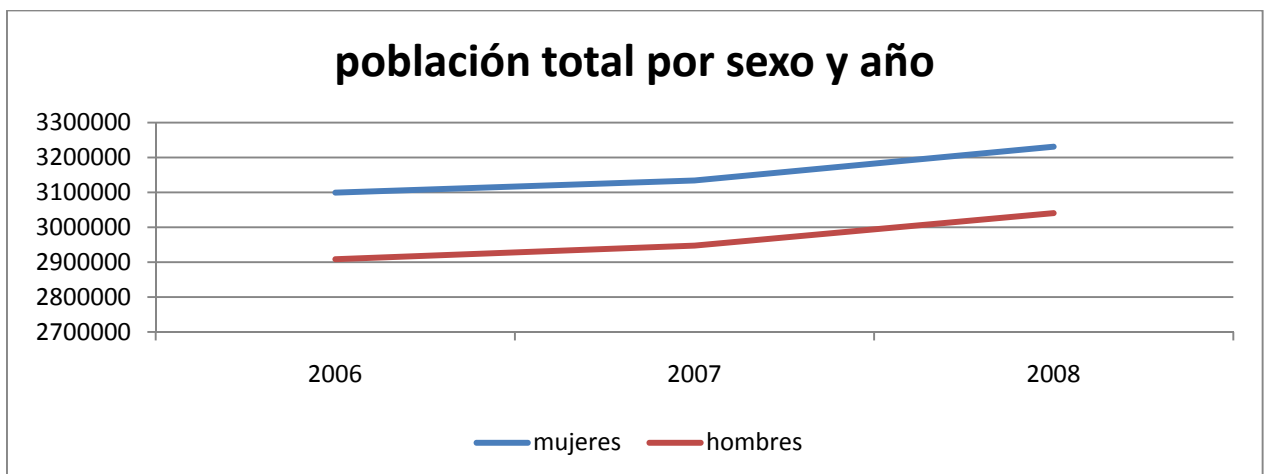
La población adscrita a cada una de las Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid (97), población diana sobre la que se realizó el estudio, fue la que se recoge en las tablas 8,9 y 10:

<b>Tabla 8 . Población total Comunidad de Madrid por Área y sexo</b>			
<b>2006</b>			
<b>AREA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
1	743421	359221	384200
2	440801	204255	236546
3	349513	175479	174034
4	572315	271630	300685
5	735145	354768	380377
6	635495	308736	326759
7	542334	253091	289243
8	469018	234398	234620
9	396165	199292	196873
10	318636	160274	158362
11	805340	387604	417736
<b>TOTAL</b>	<b>6008183</b>	<b>2908748</b>	<b>3099435</b>
<b>PADRON ANUAL DEL INSTITUTO DE ESTADISTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID</b>			

<b>Tabla 9. Población total Comunidad de Madrid por Área y sexo</b>			
<b>2007</b>			
<b>AREA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
1	752687	364298	388389
2	444557	206413	238144
3	350313	175725	174588
4	575937	273385	302552
5	752006	362954	389052
6	650956	315640	335316
7	532912	249477	283435
8	472572	235997	236575
9	397579	200049	197530
10	328701	165710	162991
11	823469	397906	425563
<b>TOTAL</b>	<b>6081689</b>	<b>2947554</b>	<b>3134135</b>
<b>PADRON ANUAL DEL INSTITUTO DE ESTADISTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID</b>			

Tabla 10 . Población total Comunidad de Madrid por Área y sexo			
2008			
AREA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
1	777784	376714	401070
2	454971	211538	243433
3	362785	182377	180408
4	592576	280692	311884
5	783591	378561	405030
6	673721	326160	347561
7	542519	254440	288079
8	482073	240310	241763
9	401012	201481	199531
10	345960	174498	171462
11	854646	413887	440759
TOTAL	6271638	3040658	3230980

PADRON ANUAL DEL INSTITUTO DE ESTADISTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

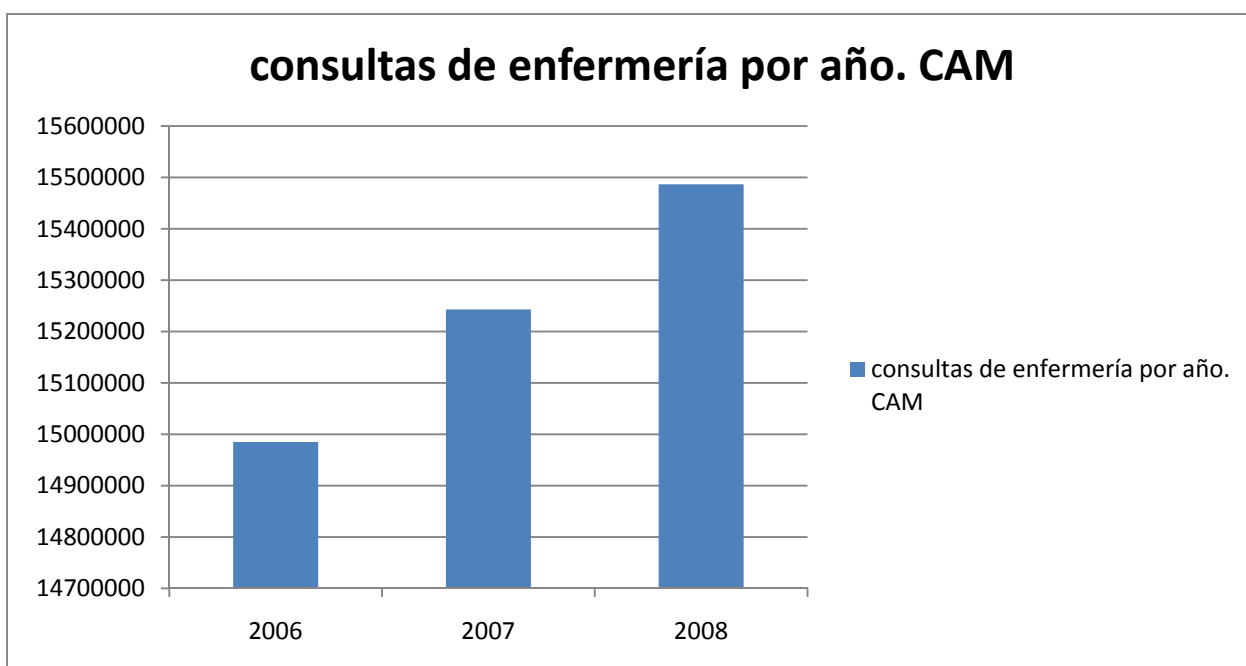


#### 4.2.1.2. Número de consultas de enfermería por área sanitaria de la Comunidad de Madrid durante los años 2006, 2007 y 2008

Las cifras absolutas por Área Sanitaria y año se recogen en la tabla 11:

Tabla 11. Consultas de enfermería totales por Área y año			
CONSULTAS DE ENFERMERIA ATENCION PRIMARIA C.A.M.			
AREA	2006	2007	2008
1	1889196	1916390	1997029
2	894629	897271	915305
3	887139	890468	897700
4	1449076	1426158	1440375
5	1769461	1906463	1870503
6	1423779	1502569	1547531
7	1444479	1362023	1382747
8	1262095	1258429	1220717
9	1014350	1008450	1034347
10	824675	911868	969565
11	2125969	2162815	2211001
<b>TOTAL</b>	<b>14984848</b>	<b>15242904</b>	<b>15486820</b>

ACTIVIDAD CONSULTAS DE ENFERMERIA. DIRECCION GENERAL DE INFORMATICA, COMUNICACIONES E INNOVACION TECNOLÓGICA. AREA DE INFORMACION SANITARIA. CONSEJERIA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID



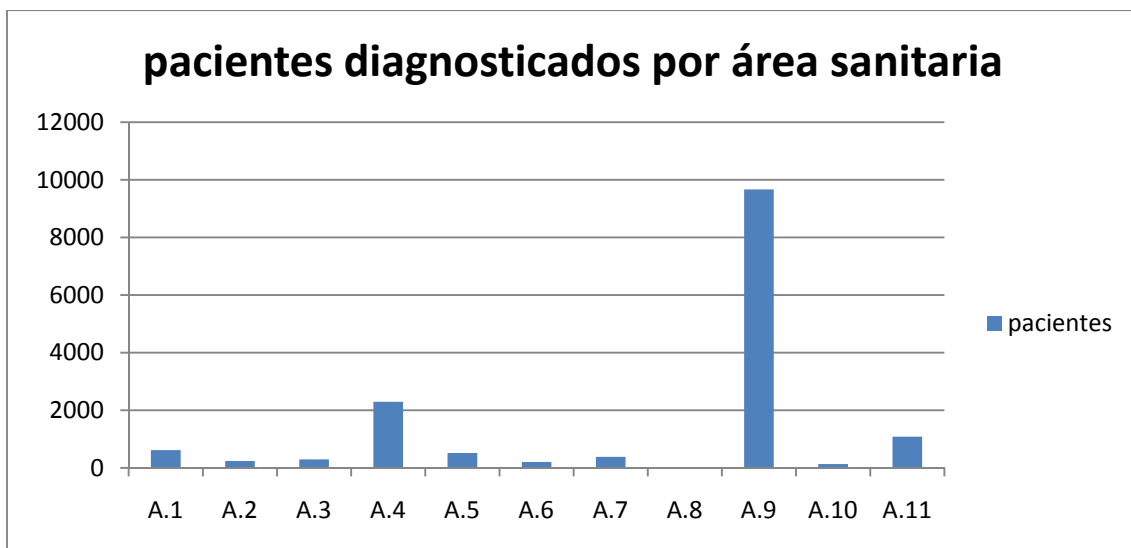
**4.2.2. Datos demográficos del estudio:**

**4.2.2.1. Número de pacientes estudiados por área sanitaria (población a estudio)**

Los pacientes diagnosticados con alguno de los dos diagnósticos a estudio fueron, para las distintas Áreas Sanitarias, los siguientes (tabla 12):

**Tabla 12. Total pacientes del estudio por Áreas**

AREA SANITARIA	PACIENTES	PORCENTAJE
1	614	4,0
2	235	1,5
3	295	1,9
4	2295	14,8
5	515	3,3
6	203	1,3
7	384	2,5
8	25	0,2
9	9668	62,6
10	134	0,9
11	1085	7,0
<b>TOTAL</b>	<b>15453</b>	<b>100</b>



#### 4.2.2.2. Sexo de los pacientes estudiados

La distribución por sexo de los pacientes estudiados fue (tabla 13):

Tabla 13. Total pacientes del estudio por sexo		
SEXO	PACIENTES	PORCENTAJE
MUJERES	8085	52,31
HOMBRES	7368	47,69

#### 4.2.2.3. Edad de los pacientes estudiados

Los datos de edad de los pacientes estudiados fue la siguiente:

MEDIA: 54 años

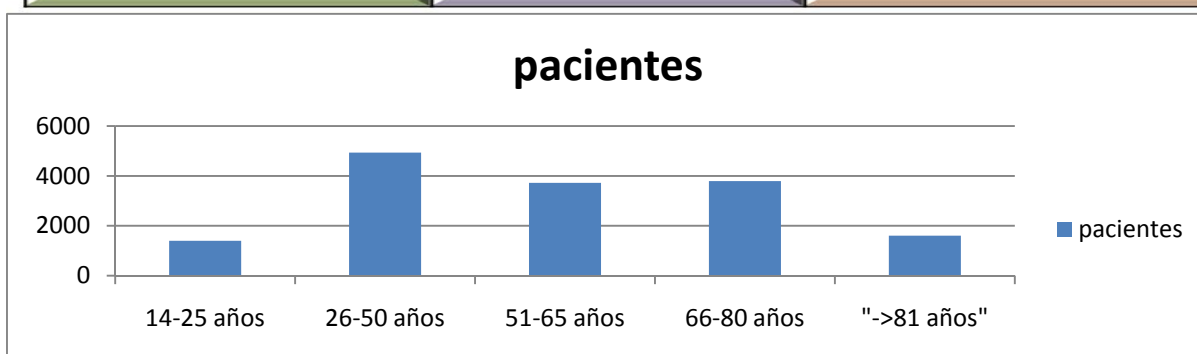
MEDIANA: 56 años

MODA: 72 años

RANGO: 14 – 109 años (95)

La distribución por grupos etarios se agrupó en 5 clases y fue la siguiente (tabla 14):

Tabla 14. Total pacientes del estudio por edad		
GRUPOS ETARIOS	PACIENTES	PORCENTAJE
14-25 años	1395	9,02
26-50 años	4938	31,95
51-65 años	3722	24,08
66-80 años	3794	24,55
_> 81 años	1604	10,37

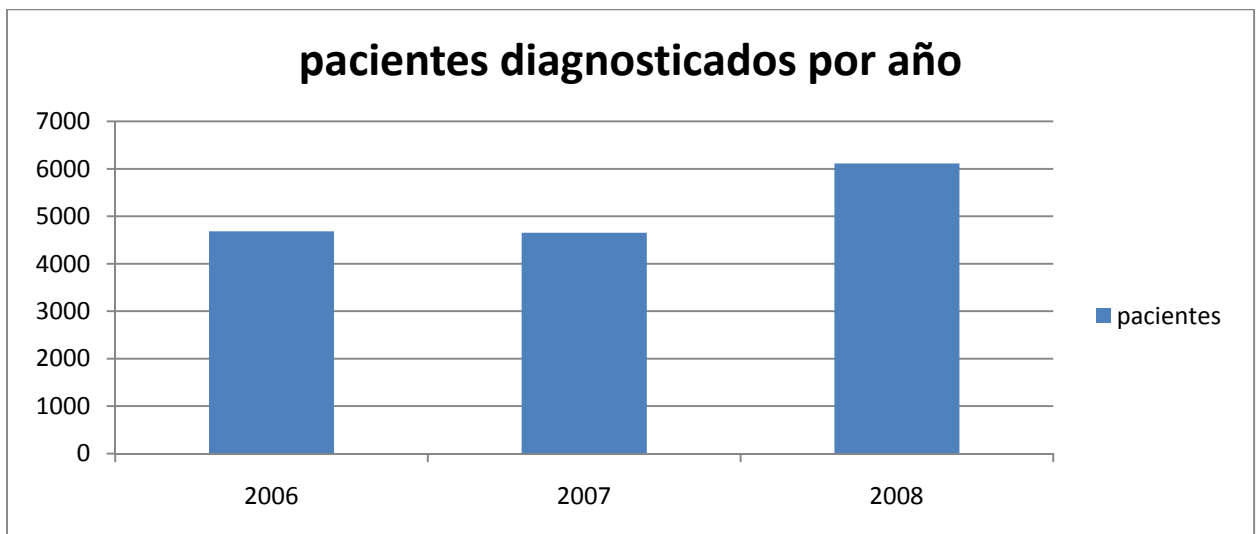


**4.2.3. Datos de los diagnósticos estudiados:**

**4.2.3.1. Distribución del total de los dos diagnósticos estudiados por año**

Los datos referidos a la dimensión diagnóstica para los dos diagnósticos, distribuida por los años de estudio, fueron (tabla 15):

Tabla 15. Pacientes diagnosticados con "MIRT" o "I", por año		
AÑO DE DIAGNOSTICO	PACIENTES	PORCENTAJE
2006	4684	30,3
2007	4654	30,1
2008	6115	39,6



#### 4.2.3.2. Distribución del conjunto de diagnósticos entre los dos diagnósticos estudiados

La distribución entre los dos diagnósticos estudiados fue (tabla 16):

<b>Tabla 16. Distribución de pacientes del estudio por diagnóstico</b>		
<b>DIAGNOSTICO NANDA-I</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	11924	77,2
Incumplimiento del tratamiento	3529	22,8

#### 4.2.3.3. Características definitorias utilizadas para los dos diagnósticos estudiados

Las características definitorias elegidas por los profesionales de enfermería, en el proceso de determinación del diagnóstico adecuado según su criterio, fueron (tabla 17):

<b>Tabla 17. Características definitorias elegidas para los dos diagnósticos</b>		
<b>CARACTERISTICA DEFINITORIA</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Dificultad en realizar alguna parte del tratamiento	9753	18,2
Deseo de manejo del tratamiento y prevenir secuelas	7416	13,9
No tomar medidas para incluir el tratamiento en los hábitos diarios	7281	13,6
No realizar acciones para reducir los factores de riesgo	5865	11,0
Elecciones ineficaces para cumplir el tratamiento	5752	10,8
Incumplimiento del tratamiento farmacológico	4237	7,9
Incumplimiento de las indicaciones terapéuticas	2103	3,9
Falta de progresos	1636	3,1
Pruebas objetivas: medidas, marcadores,...	1499	2,8
No asistencia a las visitas concertadas	941	1,8
Abuso de sustancias (*)	791	1,5
Alimentación no reglada (*)	711	1,3
Enfermedades crónicas (*)	702	1,3
Falta de atención a la enfermedad y a sus secuelas (*)	702	1,3
Evidencia de exacerbación de los síntomas	621	1,2
Evidencia de desarrollo de complicaciones	532	1
Otras (< 1%)	2964	5,5

(\*) Características definitorias no incluidas en la clasificación de diagnósticos de la NANDA

#### 4.2.3.4. Características definitorias utilizadas para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (tabla 18):

<b>Tabla 18. Características definitorias elegidas para el diagnóstico "MIRT"</b>		
<b>CARACTERISTICA DEFINITORIA</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Dificultad en realizar alguna parte del tratamiento	9753	23,9
Deseo de manejo del tratamiento y prevenir secuelas	7416	18,2
No tomar medidas para incluir el tratamiento en los hábitos diarios	7281	17,9
No realizar acciones para reducir los factores de riesgo	5865	14,4
Elecciones ineficaces para cumplir el tratamiento	5752	14,1
Alimentación no reglada (*)	711	1,7
Enfermedades crónicas (*)	702	1,7
Falta de atención a la enfermedad y a sus secuelas (*)	702	1,7
Abuso de sustancias (*)	634	1,6
Otras (< 1%)	1909	4,7

(\*) Características definitorias no incluidas en la clasificación de diagnósticos de la NANDA

#### 4.2.3.5. Características definitorias utilizadas para el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento (tabla 19):

<b>Tabla 19. Características definitorias elegidas para el diagnóstico "I. del ttº"</b>		
<b>CARACTERISTICA DEFINITORIA</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Incumplimiento del tratamiento farmacológico	4420	8,3
Incumplimiento de las indicaciones terapéuticas	2127	4
Falta de progresos	1645	3,1
Pruebas objetivas: medidas, marcadores,...	1520	2,8
No asistencia a las visitas concertadas	958	1,8
Evidencia de exacerbación de los síntomas	638	1,2
Evidencia de desarrollo de complicaciones	533	1
Abuso de sustancias (*)	157	1,2
Otras (< 1%)	2320	4,2

(\*) Características definitorias no incluidas en la clasificación de diagnósticos de la NANDA

**4.2.3.6. Distribución de Características definitorias similares y no similares para los dos diagnósticos estudiados conjuntamente (tabla 20):**

<b>Tabla 20. Características definitorias similares y no similares en los dos diagnósticos</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Características definitorias similares	25485	47,63
Características definitorias no similares	28021	52,37

**4.2.3.7. Distribución de Características definitorias similares y no similares para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (tabla 21)**

<b>Tabla 21. Características definitorias similares y no similares en el diagnóstico "MIRT"</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Características definitorias similares	19105	46,91
Características definitorias no similares	21620	53,09

**4.2.3.8. Distribución de Características definitorias similares y no similares para el diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento (tabla 22)**

<b>Tabla 22. Características definitorias similares y no similares en el diagnóstico "I. del ttº"</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Características definitorias similares	6380	49,91
Características definitorias no similares	6401	50,09

#### 4.2.3.9. Factores relacionados utilizados para los dos diagnósticos estudiados

Los factores relacionados elegidos por los profesionales de enfermería, en el proceso de determinación del diagnóstico adecuado según su criterio, fueron (tabla 23):

<b>Tabla 23. Factores relacionados elegidos como causa de los dos diagnósticos</b>		
<b>FACTORES RELACIONADOS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Complejidad del régimen terapéutico	8737	16,3
Déficit de conocimientos	7428	13,9
Percepción subjetiva de gravedad	7157	13,4
Conflicto de decisiones	4610	8,6
Percepción de beneficios	3174	5,9
Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados salud	2417	4,5
Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	2341	4,4
Fuerzas motivacionales	2026	3,8
Habilidades personales y de desarrollo	2024	3,8
Percepción de barreras	1832	3,4
Patrones familiares de cuidado de salud	1733	3,2
Duración	1325	2,5
Sistema de valores individuales	1308	2,4
Conflicto familiar	1244	2,3
Déficit de soporte social	1236	2,3
Demandas excesivas sobre un individuo o familia	1054	2
Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	635	1,2
Otros (< 1%)	3225	6,1

**4.2.3.10. Factores relacionados utilizados para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (tabla 24):**

<b>Tabla 24. Factores relacionados elegidos como causa del diagnóstico "MIRT"</b>		
<b>FACTORES RELACIONADOS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Déficit de conocimientos	7358	18.1
Complejidad del régimen terapéutico	7215	17.7
Percepción subjetiva de gravedad	7098	17.4
Conflicto de decisiones	4597	11.3
Percepción de beneficios	3100	7.6
Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados salud	2372	5.8
Percepción de barreras	1812	4.4
Patrones familiares de cuidado de salud	1727	4.2
Déficit de soporte social	1216	3.0
Conflicto familiar	1188	2.9
Demandas excesivas sobre un individuo o familia	1054	2.6
Percepción de susceptibilidad	396	1.0
Otros (< 1%)	1592	3.9

**4.2.3.11. Factores relacionados utilizados para el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento (tabla 25):**

<b>Tabla 25. Factores relacionados elegidos como causa del diagnóstico "I. del ttº"</b>		
<b>FACTORES RELACIONADOS</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	2334	18.3
Fuerzas motivacionales	1986	15.5
Habilidades personales y de desarrollo	1982	15.5
Complejidad del régimen terapéutico	1522	11.9
Sistema de valores individuales	1307	10.2
Duración	1293	10.1
Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	635	5.0
Intensidad	413	3.2
Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	295	2.3
Personas significativas	283	2.2
Otros (< 1%)	731	5.7

**4.2.3.12. Distribución de Factores relacionados similares y no similares para los dos diagnósticos estudiados conjuntamente (tabla 26)**

<b>Tabla 26. Factores relacionados similares y no similares en los dos diagnósticos</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Factores relacionados similares</b>	32444	60,63
<b>Factores relacionados no similares</b>	21062	39,37

**4.2.3.13. Distribución de Factores Relacionados similares y no similares para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (tabla 27)**

<b>Tabla 27. Factores relacionados similares y no similares en el diagnóstico "MIRT"</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Factores relacionados similares</b>	25941	63,69
<b>Factores relacionados no similares</b>	14784	36,31

**4.2.3.14. Distribución de Factores Relacionados similares y no similares para el diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento (tabla 28)**

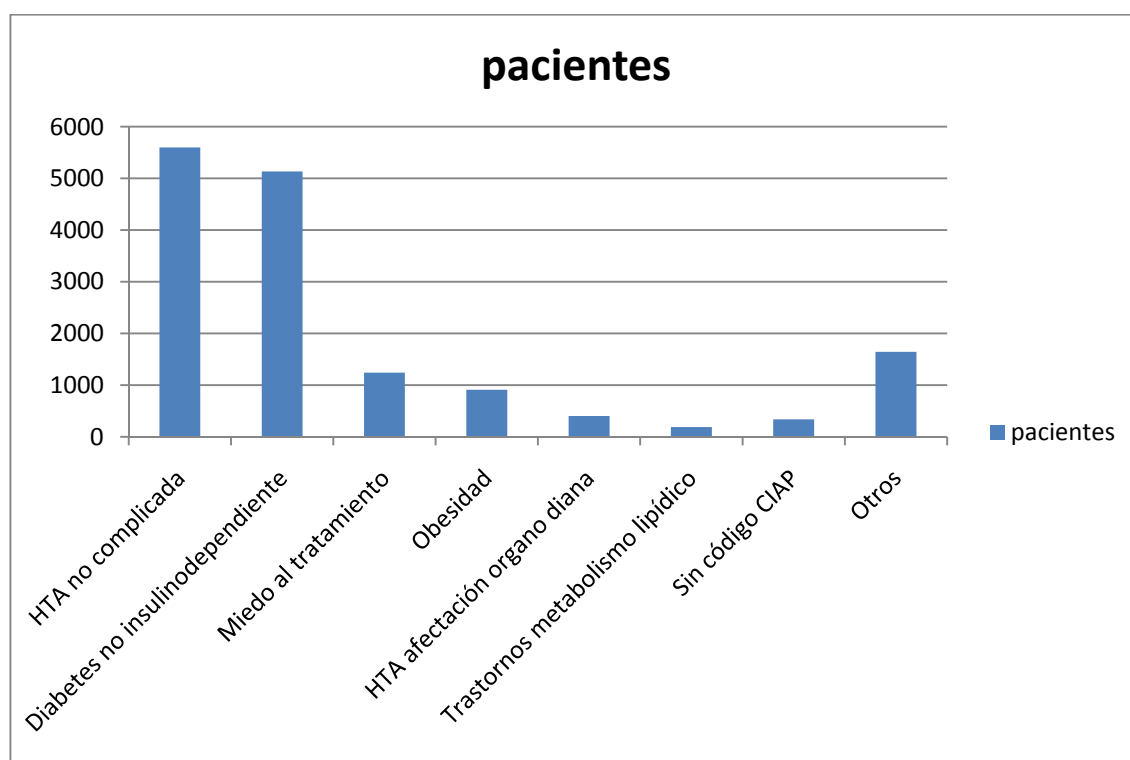
<b>Tabla 28. . Factores relacionados similares y no similares en el diagnóstico "I. del ttº"</b>		
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Factores relacionados similares</b>	6503	50,88
<b>Factores relacionados no similares</b>	6278	49,12

#### 4.2.4. Datos de los episodios CIAP

Los datos referidos a los episodios CIAP con los que se relacionaron a los pacientes a estudio, fueron los siguientes

##### 4.2.4.1. Episodios CIAP en los dos diagnósticos estudiados (tabla 29):

Tabla 29. Principales episodios CIAP asociados con los diagnósticos "MIRT" e "I. del ttº"		
Episodio CIAP	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión no complicada	5585	36,1
Diabetes no insulino dependiente	5129	33,2
Miedo al tratamiento	1246	8,0
Obesidad	859	5,6
Hipertensión afectación órgano diana	403	2,6
Trastornos metabolismo lipídico	186	1,2
Sin código CIAP	338	2,2
Otros (< 1 %)	1707	11,0



**4.2.4.2. Episodios CIAP en el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (tabla 30):**

<b>Tabla 30. Principales episodios CIAP asociados con el diagnóstico "MIRT"</b>		
<b>Episodio CIAP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes no insulino dependiente	4254	35.7
Hipertensión no complicada	4176	35.0
Miedo al tratamiento	953	8.0
Obesidad	621	5.2
Hipertensión afectación órgano diana	262	2.2
Sin código CIAP	249	2.0
Otros (<1%)	1405	11.8

**4.2.4.3. Episodios CIAP en el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento (tabla 31):**

<b>Tabla 31. Principales episodios CIAP asociados con el diagnóstico "I. del tt9"</b>		
<b>Episodio CIAP</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión no complicada	1409	39.9
Diabetes no insulino dependiente	875	24.8
Miedo al tratamiento	293	8.3
Obesidad	238	6.7
Hipertensión afectación órgano diana	141	4.0
Trastornos metabolismo lipídico	81	2.3
Elevación de la presión arterial	41	1.2
Sin código CIAP	89	2.5
Otros (<1%)	366	10.4



## 5.-DISCUSIÓN



## **5.1. DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA**



## Discusión de la metodología

Como se puede observar en la distribución de los datos por las distintas áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid, existe un desarrollo desigual en el uso de la metodología enfermera entre ellas. Las diferencias en el número de diagnósticos detectados en las distintas áreas, que va de los 25 del Área Sanitaria nº 8, a los 9668 del Área Sanitaria nº 9, revela una implantación muy desigual de la metodología enfermera en el ámbito de estudio. Este no es un problema que afecte solo al ámbito donde se ha desarrollado esta tesis; existe un estudio del año 2000 (98) que señala que solo un 10,63 % de los enfermeros de atención primaria de la zona de El Bierzo, utilizan sistemáticamente el proceso de atención de enfermería y que solo el 24,6 % de ellos conocen los diagnósticos enfermeros y de éstos, solo los utiliza habitualmente el 3,5 %. Este problema, se da a pesar de que se han realizado esfuerzos por desarrollar e implantar la metodología enfermera, que incluye la función diagnóstica, como lo demuestran los datos aportados en una comunicación de enfermeros del Área Sanitaria de Atención Primaria 11, de Madrid, donde se evidencia el avance en la frecuencia de utilización de diagnósticos enfermeros en dicha Área sanitaria, con incrementos medios del 40 % entre los años 2001 al 2006. Así mismo, Maña,(99) comunica en un trabajo publicado en 2004, que las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria del conjunto de España desarrollaron estrategias para la implantación de los diagnósticos enfermeros y el proceso de atención de enfermería, señalando, en concreto, que 62 de las 124 Direcciones de Enfermería de Atención Primaria existentes, estaban desarrollando dichas estrategias.

Así mismo hay que señalar los déficits, desde el punto de vista de los objetivos de este estudio, que tiene la herramienta informática utilizada en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Dicha herramienta no recoge como opción posible, la totalidad de los Factores Relacionados que la clasificación de diagnósticos NANDA-I atribuye a los diagnósticos estudiados: 16 para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico y 22

para el diagnóstico Incumplimiento del tratamiento. No conocemos la razón de este hecho.

Los Factores Relacionados no recogidos están relacionados, principalmente, con las redes de soporte y con temas organizativos del sistema de salud.

Para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, no constan 2 Factores: “Inadecuación del número y tipo de claves para la acción” y “Complejidad del Sistema de Cuidados de Salud”; para el diagnóstico “Incumplimiento del tratamiento” no constan 11: “Percepción de las creencias de las personas significativas”, “Valoración social del plan”, “Implicación de los miembros en el plan de salud”, “Satisfacción con los cuidados”, “Credibilidad del proveedor de cuidados”, “Acceso a los cuidados y conveniencia de ellos”, “Flexibilidad económica del plan”, “Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados”, “Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento”, “Cobertura sanitaria individual” y “Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados”.

Por el contrario, el sistema informático de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, si recoge la totalidad de de las Características Definitorias señaladas en la clasificación NANDA-I para los dos diagnósticos estudiados: 5 para el diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico y 6 para el diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento; aunque en este último caso, una de las Características Definitorias, “Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento” la desdobra en dos posibilidades; “Incumplimiento del tratamiento farmacológico” e “Incumplimiento de las indicaciones terapéuticas”.

Respecto a la precisión diagnóstica, Lunney (2001) señala que hasta 1992 la idea más aceptada en el ámbito enfermero era que el diagnóstico podía ser preciso o impreciso. Pero ella parte de la idea de que , en los diagnósticos enfermeros, no se puede hablar de la precisión como una cuestión dicotómica, sino que la precisión es un continuo en una escala, que oscila de un nivel alto a un nivel bajo.

En nuestro estudio, sí planteamos la precisión en los diagnósticos como una cuestión dicotómica, en el sentido de que errores en la construcción de los elementos esenciales de la función diagnóstica, como son la determinación clara e inequívoca de los síntomas o signos, y de las causas o factores que lo producen, impiden una correcta elección, en la práctica clínica, del diagnóstico adecuado.

De la misma opinión son Hancock y colaboradores (1994) que señalan las dificultades que tienen las enfermeras expertas para diferenciar entre los diagnósticos “Trastorno de los procesos de pensamiento” y “Trastorno de la percepción sensorial”.

Señalan estos autores, que la existencia de solapamiento de características definitorias entre estos diagnósticos supone un serio problema para hacer diagnosis diferencial y para su uso en la práctica clínica.

Es cierto que Lunney en sus planteamientos, circunscribe el problema de la precisión al hecho del proceso de pensamiento que realiza un profesional hasta que llega a una conclusión diagnóstica y no la relaciona con una posible imprecisión en el constructo de las partes constituyentes del propio diagnóstico, base de nuestros planteamientos en esta tesis.



## **5.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**



## Discusión de los resultados

Durante los años de estudio de la tesis se produjeron incrementos de la población en el conjunto de las áreas sanitarias de Madrid, del orden del 1,22 % de 2006 a 2007, y del 3,12 % de 2007 a 2008, no existiendo diferencias en el crecimiento entre hombres y mujeres.

No se han encontrado diferencias entre sexos en el no cumplimiento de los tratamientos, al coincidir los porcentajes de mujeres y hombres diagnosticados con Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico o con Incumplimiento del Tratamiento, con la distribución porcentual por sexo de la población total madrileña:

-Mujeres en la población total: 51,52 %

-Mujeres diagnosticadas con Manejo Inefectivo o Incumplimiento: 52,31 %

- Hombres en la población total: 48,48 %

-Hombres diagnosticados con Manejo Inefectivo o Incumplimiento:47,69 %

Respecto a la edad de los individuos a estudio, tenemos que el grupo de edad más numeroso fue el de 26-50 años, pero la concentración mayor se da en la suma de los grupos etarios mayores a 50 años.

En el número de consultas de enfermería de Atención Primaria, se produjeron incrementos: de 2006 a 2007, del 1,72 %, y de 2007 a 2008, del 1,60 %, aunque estos no acompañaron al incremento poblacional.

La evolución del número de personas diagnosticadas con Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico o Incumplimiento del tratamiento, en los Centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid durante los años de estudio, no se corresponde con la evolución del número de consultas de enfermería durante esos mismos años.

En lo relativo a la función diagnóstica, para los dos diagnósticos a estudio, se observa que en el año 2007 hay un decremento del 0,64 % respecto al año 2006, de pacientes diagnosticados; por el contrario entre 2007 y 2008, hubo un incremento importante, del 31,3 %, no encontrándose explicación a este hecho, excepto a que obedezca al aumento del uso de la metodología en las distintas Áreas Sanitarias.

Como se ha señalado anteriormente, se comprueba en este estudio, el desarrollo desigual en la implantación de la metodología enfermera entre las distintas áreas sanitarias madrileñas; se puede hacer ésta lectura de los datos obtenidos, pues parece muy improbable que la desigualdad entre las áreas en el número de personas diagnosticadas con uno de los dos diagnósticos a estudio, se corresponda con un comportamiento radicalmente distinto de los pacientes de las distintas áreas respecto al cumplimiento del tratamiento.

En nuestro estudio se detecta un porcentaje mayor en el uso del diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, con un 77,2 %, respecto al uso del diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento, con un 22,8 %; esto supone 54,4 puntos porcentuales superior. Es posible que estos datos sean reflejo de la influencia, en alguna manera, de los planteamientos en algunos ámbitos de la profesión enfermera, de considerar el diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento, como culpabilizador respecto al paciente y por tanto no recomendable su utilización en la práctica profesional, proponiendo como diagnóstico alternativo el Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico.

Nuestro estudio confirma que el fenómeno de no seguimiento de los tratamientos se da, fundamentalmente, en pacientes con patologías crónicas no especialmente complejas clínicamente, como la Diabetes Mellitus no insulino dependiente, la Hipertensión Arterial sin afectación de órganos diana o la Obesidad, coincidiendo con los estudios de Sabaté (2003), cuando realiza para la OMS una revisión exhaustiva de las publicaciones sobre nueve enfermedades crónicas, entre ellas la Diabetes y la Hipertensión, y señala que en los países desarrollados se calcula que solo el 50 % de los pacientes con enfermedades crónicas siguen la observación del tratamiento y en los países en vías de desarrollo es todavía menor.

El hecho de que el no seguimiento correcto de los tratamientos se dé fundamentalmente en pacientes hipertensos o diabéticos, tiene una gran trascendencia como dato a la hora de elaborar estrategias sanitarias, pues según datos del Consejo Económico y Social de España (100), para el año 2006, estas dos enfermedades afectan al 19,23 % y al 4,42, respectivamente, del total de la población de la Comunidad de Madrid (al 20,74 % del total de la población española, en el caso de la hipertensión, y al 6,19 % en el de la diabetes).

Así mismo se confirman en nuestro estudio, los factores causales del no cumplimiento o la falta de adherencia a los tratamientos, señaladas en otros estudios previos utilizando otras metodologías, como es el caso del estudio de Krousel-Wood (2004) y colaboradores sobre una población de pacientes hipertensos. En su caso señalan como factores que influyen en el no seguimiento del tratamiento o del régimen terapéutico, los efectos adversos de los medicamentos, la complejidad del régimen terapéutico, los conocimientos o creencias del paciente y la percepción por parte del paciente del sistema sanitario y sus profesionales. En nuestro estudio, la suma de todas las causas citadas por Krousel-Wood, suponen más del 67 % de las causas citadas por las enfermeras como causantes del no seguimiento correcto de los tratamientos por parte de sus pacientes.

Desde el punto de vista del tipo de factores que llevan a la persona a no seguir correctamente un plan terapéutico, y dividiendo aquellos en Factores relacionados con la persona tratada, Factores relacionados con el propio plan terapéutico y Factores relacionados con el sistema de cuidados, en nuestro estudio, destacan, con un 62.9 %, las causas personales, seguidas por las relacionadas con las características del plan de cuidados, con el 20,8 %, y terminando con el 10,2 % para las causadas por elementos del sistema sanitario. No existen diferencias significativas, en este aspecto, cuando analizamos por separado los diagnósticos Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico e Incumplimiento del Tratamiento.



## **6.- CONCLUSIONES**



1ª La elección de características definitorias similares o equivalentes compartidas entre los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, en la práctica clínica de Atención Primaria, NO supera el 50 % en el caso del diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, por lo que NO requieren revisión para ganar en precisión diagnóstica

2ª La elección de características definitorias similares o equivalentes compartidas entre los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, en la práctica clínica de Atención Primaria, NO supera el 50 % en el caso del diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento, por lo que NO requieren revisión para ganar en precisión diagnóstica

3ª La elección de factores relacionados similares o equivalentes compartidos entre los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, en la práctica clínica de Atención Primaria, supera el 50 % en el caso del diagnóstico Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico, por lo que requieren revisión para ganar en precisión diagnóstica

4ª La elección de factores relacionados similares o equivalentes compartidos entre los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, en la práctica clínica de Atención Primaria, supera el 50 % en el caso del diagnóstico Incumplimiento del Tratamiento, por lo que requieren revisión para ganar en precisión diagnóstica

5ª Los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” o “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” en el ámbito de la Atención Primaria, se asocian principalmente a pacientes con Episodios CIAP ( clasificación Wonca) crónicos, como la Diabetes Méllitus no insulino dependiente, la Hipertensión no complicada y la Obesidad, así mismo se asocian de manera importante, al miedo del paciente a los tratamientos.

6ª Las 10 causas principales del no seguimiento correcto de los tratamientos son:

La complejidad del régimen terapéutico

El déficit de conocimientos de los pacientes

La percepción subjetiva de gravedad

El conflicto de decisiones

La percepción de beneficios

La falta de confianza en el régimen terapéutico o en el personal de cuidados de salud

Las ideas sobre la salud, influencias culturales o valores espirituales

Las fuerzas motivacionales

Las habilidades personales y de desarrollo

La percepción de barreras

Estas diez causas corresponden al 78 % de los casos estudiados

7ª No hay diferencias significativas entre mujeres y hombres al ser diagnosticados con los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” o “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” en el ámbito de la Atención Primaria.

8ª Los diagnósticos enfermeros “Incumplimiento del tratamiento” o “Manejo inefectivo del régimen terapéutico” en el ámbito de la Atención Primaria, se presentan mayormente en la franja de edad que va de los 26 a los 50 años.

## **7.- BIBLIOGRAFIA**



## Bibliografía

- (1) Laín Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Salvat.1982. 3-7
- (2) Diccionario Griego-Español. Pabón-Echauri 3ª edición Bibliograf SA 1964. 118
- (3) Kozier,B., Erb,G., Blais,K., Wilkinson,J.M. "Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica" 5ª edición actualizada 2000 McGraw-Hill.Interamericana. Vol 1. 91-96
- (4) Potter-Perry. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. Quinta Edición. 2001. Elsevier.Mosby. 324
- (5) Berman, A. et al. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. Octava Edición. 2008. Pearson.Prentice Hall. 198
- (6) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación.1992-1993. Mosby-Doyma Libros. 1994. 5 y 83-84
- (7) Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación.2007-2008. Elsevier. 2008. 5 y 344
- (8) Gordon, M. "Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación" tercera edición. Mosby/Doyma Libros. 1996. 1-6
- (9) R. Alfaro "Aplicación del proceso de enfermería" Ed. Doyma 1986. 57-60
- (10) Ugalde Apalategui, M., Rigol i Cuadra, A. "Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios" Ed. Masson. 1-5
- (11) Jenny, J. 1994 Advancing the science of nursing with nursing diagnosis. In M Rantz & P. LeMone (Eds.) Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eleventh conference(73-81) Glendale, CA: CINAHL)
- (12) Johnson, M. & Maas, M. (1997) Nursing outcomes classification (NOC). St. Louis: Mosby
- (13) Gordon, M. (1998) Manual of nursing diagnosis. St. Louis: Mosby
- (14) NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt 2001. 218-226
- (15) Roget`s II: The New Thesaurus.(1980)Boston: Houghton Mifflin. 287.157.

- (16) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación.2003-2004.(2003).Pag 228-230
- (17) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación.2003-2004.(2003). 232
- (18) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación.1999-2000. Harcourt. 1999. 115
- (19) NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2001-2002. Harcourt. 2001. 253
- (20) Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Masson.2000. 7
- (21) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y Clasificación.2009-2010. Elsevier. 2010. 64-66 y 291-292.
- (22) Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Tercera edición. Mosby / Doyma Libros. 1996. 345
- (23) NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt 2001. 236-23)
- (24) NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt 2001. 227
- (25) NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier2009. 413
- (26) L.J. Carpenito. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª edición. McGraw-Hill Interamericana.1995.333-337
- (27) M.T. Luis Rodrigo.Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.Masson.2000.154-156
- (28) M.Gordon. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª edición.McGraw-Hill.2007.73-74
- (29) M.Ugalde y A.Rigol. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. MASSON. 147-149
- (30) Marriner, A.. Modelos y teorías de Enfermería.1ª edición. Ediciones Rol S.A. 1989.125-139

- (31) J.M. Wilkinson y N.R. Ahern. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Pearson. Prentice Hall. 2008.398-405
- (32) B.J. ACKLEY y G.B. LADWING. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.7ª edición. Elsevier. 2007.752-761
- (33) Ward-Collins D: "Noncompliant": isn't there a better way to say it?,AJN 98(5):27-31,1998
- (34) B.J. ACKLEY y G.B. LADWING. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.7ª edición. Elsevier. 2007.17-166
- (35) Arribas Cachá, A. et al. Guía de Diagnósticos Enfermeros en Atención Primaria. FUDEN. 2003. 6 y 101
- (36) L.J. Carpenito. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª edición. McGraw-Hill Interamericana.1995.329-333
- (37) M.T. Luis Rodrigo.Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.Masson.2000.153-154
- (38) M.Gordon. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª edición.McGraw-Hill.2007.63-65
- (39) M.Ugalde y A.Rigol. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios. MASSON. 145-146
- (40) J.M. Wilkinson y N.R. Ahern. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 9ª edición. Pearson. Prentice Hall. 2008.609-613
- (41) B.J. ACKLEY y G.B. LADWING. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.7ª edición. Elsevier. 2007.873-880
- (42) B.J. ACKLEY y G.B. LADWING. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados.7ª edición. Elsevier. 2007.17-166
- (43) JOHNSON, M., BULECHEK, G-, BUTCHER, H., McCLOSKEY, J., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. Interrelaciones NANDS, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. (2007). 2ª Edición. Elsevier. 489-92
- (44) JOHNSON, M., BULECHEK, G-, BUTCHER, H., McCLOSKEY, J., MAAS, M., MOORHEAD, S., SWANSON, E. Interrelaciones NANDS, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. (2007). 2ª Edición. Elsevier. 390-97
- (45) Baños, J.E., Farré,M. Principios de farmacología clínica. Bases científicas de la utilización de medicamentos. (2002). Masson. 258-259

- (46) Florez, J. et al. Farmacología humana. (2008) 5ª Edición. Elsevier-Masson. 247-249
- (47) Lorenzo, P. et al. Farmacología Básica y Clínica. (2008) 18ª Edición. Panamericana. 1298-1301
- (48) Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 2003
- (49) Peck C.L., King N. J.. Increasing patient compliance with prescription. JAMA, 248: 2874-77. 1982
- (50) Eraker, S.A., Kirscht J.P., Becker M.H.. Understanding and improving patient compliance. Ann Intern Med, 100: 258-65, 1984
- (51) Krousel-Wood M., Thomas S., Muntner P., Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. Current Opinion in Cardiology 2004; 19:357-62
- (52) Ledo García, Mª J. et al. ¿Se consumen todos los medicamentos que se prescriben?. Metas de Enfermería. Sep 2006; 9(7): 28-32
- (53) Almerich Latorre, E. et al. EAP Pineda de Mar, SAP Mataró-Maresme. La Salud en el Contenedor. Presentación Congreso Nacional SEmFYC; 2004
- (54) Durán, Mª A. Los costes invisibles de la enfermedad.. Fundación BBV.Documenta. 1999. Capítulos 3,4 y 5 pag.49-128
- (55)  
[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp\\_gasto\\_real.xls](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls).  
Tablas 16 y 39. Con último acceso en julio 2010
- (56) Lunney, M. (2008). Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. OJIN: Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 13 No 1. Disponible en <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAmarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx>. Con último acceso en abril 2010
- (57) Carnevali, D.L., Thomas, M.D. (1993) Diagnostic reasoning and treatment decision making. Philadelphia: Lippincott
- (58) Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application. (3ª Ed.) St. Louis. Mosby
- (59) Munhall, P. (1993). Unknowing: Toward another pattern of knowing in nursing. Nursing Outlook, 41, 125-28

- (60) Lunney, M., Karlik, B., Kiss, M, Murphy, P. (1997). Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nursing Diagnosis*, 8, 157-66
- (61) Hasegawa, T. Ogasawara, C. Katz, E.C. (2007). Measuring diagnostic competency and the analysis of factors influencing competency using written cases studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18: 93-102
- (62) Crossetti, M.G.O., Saurin, G. (2006). Critical thinking and nursing diagnosis accuracy in a university hospital. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 17 (1): 29-30
- (63) Lunney, M. (2011) Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Estudio de casos y análisis de enfermería. Elsevier.Masson. (27)
- (64) Lunney, M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. *Rev.Esc. Enferm. USP*. 2003. 37(2): 17-24
- (65) Lunney, M. Critical thinking & Nursing Diagnosis. Cases studies & Analyses. 2001. NR (North American Nursing Diagnosis Association). Chapter 2 (18-28)
- (66) Kelly, K. (1966). Clinical inference in nursing: A nurse's viewpoint. *Nursing Research*, 15, 23-26
- (67) Craig, J.L. (1986). Types of statements made by nurses as first impressions of patient problems. En M.E. Hurley (Ed.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the sixth conference*. 245-255. St. Louis: Mosby
- (68) Pinnell, N.L., Spies, M.A., Myers, J.L. (1992) Measurement of diagnostic ability of nurses using the Lunney scoring method for rating accuracy of nursing diagnosis. Documento presentado en la Nineteenth Annual Research Conference, St. Louis University
- (69) Konno, R. et al (1999) A study on accuracy of nursing diagnoses: The first report investigation of a pre-educational program. Documento presentado en la Fifth Conference, Japan Society of Nursing Diagnosis. Yokohama. Japon
- (70) Hancock, CK., Munjas, B., Berry, K, Jones, J. (1994). Altered thought processes and sensory/perceptual alterations: a critique. *Nursing Diagnosis*. 5,(1) , 26-30
- (71) NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier 2009. 402
- (72) de Moraes, MH., Marín, F., Ortega, NR., Massad, E. (2006) Fuzzy logic model base don the differential nursing diagnosis of alterations in urinary elimination. *Stud ÇHealth Technol Inform*.122, 117-20

- (73) Lunney, M. A scoring method for rating accuracy of nursing diagnoses. En *Critical thinking& nursing diagnosis. Case studies analyses.* (2001). NANDA 249-55
- (74) Gordon, M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación.* Tercera edición. Mosby / Doyma Libros. 1996. 116
- (75) Kozier,B., Erb,G., Blais,K., Wilkinson,J.M. "Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica" 5ª edición actualizada 2000 McGraw-Hill.Interamericana. Vol 2. 43.1358-1420
- (76) Luis Rodrigo, M.T. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y Guía práctica.* 2000. Barcelona. Masson.
- (77) *Diccionario de la Lengua Española.* Real Academia Española. Vigésima primera edición. Tomo II. Espasa Calpe. 1992. 2015
- (78) Lunney, M. (2003). *Critical Thinking and Diagnostic Accuracy of Nurses`Diagnoses.* *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 14 (3), 96-107
- (79) Nieto, E; Domínguez, M.; Casado, A.; Monleón, M.; Diz, J.; Sánchez, C.; Pino, B. del; Cantero, P.; Villacañas, E.; Domingo, R. *Diagnósticos enfermeros en la atención domiciliaria.* *Metas de Enfermería.* 2004 Abr; 7 (3); 6-12
- (80) Pérez, F.J.; Carrera, C.; López, M.A.; Auñón, A.; García, M.; Beamud, M. *Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria.* *Enfermería Clínica.* 2004; 14 (2);70-6
- (81) Gonzalez, P. et al. (1997). *Validación de las características diagnósticas de la NANDA en cuatro áreas asistenciales.* *Enfermería Clínica,* 7 (1): 1-8
- (82) Rivas, A. et al. (1995). *Validación de las características diagnósticas de la NANDA en una unidad de atención primaria:* *Enfermería Clínica,* 5 (6) ;231-37
- (83) Flores Boixader, E. (1996).*Diagnósticos de enfermería en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años.* *Enfermería Clínica;* 6: 242-48
- (84) Ponce, J.M., Bellido, M.L., Cortés, I., López, L., Rey, E., Montaña, A. (2006). *Problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la taxonomía NANDA.* *Hygia,* 64: 42-8
- (85) Clavería, M.(1997). *Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención domiciliaria socio-sanitaria.* *Enfermería Científica,* 182-183 Mayo-Junio, 49-54
- (86) Morilla, J.C.; Morales, J.M.; Martín, F.J.; Cuevas, F. *El juicio clínico enfermero: conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras.* *Metas de Enfermería.* Dic 2005- Ene 2006. 8 (10), 58-62

- (87) Piqué, E. 1999. Introducción de diagnósticos de enfermería en pacientes crónicos en un centro de salud. *Enfermería Clínica*. 1999. Sep-Oct.; 210-211. 22-4
- (88) Rivas, A. et al. (1994). Correspondencia entre problemas clínicos y categorías diagnósticas de la NANDA en atención primaria. *Enfermería Clínica*. 4 (4) 150-55
- (89) Bakker, Rh.; Kastermans, M.C.; Dassen, T.W.; An analysis of the nursing diagnosis ineffective management of therapeutic regimen compared to noncompliance and Orem's self-care deficit theory of nursing. *The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*. 1995. Oct-Dec; 6 (4), 161-6
- (90) Keeling, A. ; tz, S.W.; Shuster, G.F.; Boyle, A.; Noncompliance revisited: a disciplinary perspective of a nursing diagnosis. *The Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association*. 1993. Jul-Sep; 4 (3), 91-8
- (91) Whitley, G.G.; Noncompliance: an update. *Issues in Mental Health Nursing*. 1991. Jun-Sep;. 12 (3), 229-38
- (92) Meers, C. Noncompliance in cronic hemodialysis patients: an assessment approach for care planning. *The Journal Of The Canadian Association Of Nephrology Nurses and Technicians*. 1991. Spring. 1 (2), 18-19
- (93) Geissler, E.M.; Nursing diagnoses: a study of cultural relevance. *Official Journal Of The American Association Of Colleges Of Nursing*. 1992. Sep-Oct.; 8 (5), 301-7
- (94) Pérez Andrés, C. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa?. *Rev. Esp. Salud Pública*. Vol. 74, nº 4. Madrid. July/Aug. 2000. 319-322
- (95) Jones J and Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ*. 1995 Aug 5;311(7001):376-80
- (96) Gervas JJ y Fernández Pérez MM. El grupo nominal, un método de consenso. *Clínica Rural* 1989; 313: 42-50
- (97) Padrón anual del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Disponible en [www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupc.htm](http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/estructupc.htm). Último acceso en febrero 2011
- (98) Maña, M.; Mesas, A.; González, E.. 2000. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria de El Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. *Enfermería Clínica*, vol. 10.nº 4. 135-41
- (99) Maña, M.; Elena, M.; Mesas, A.. 2004. Análisis de la formación en metodología enfermera por las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria. *Enferm. Clin.*; 14: 203-9. Vol.14.nº 4

(100) Informe 01/2010. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Consejo Económico y Social de España. Pag.46. Octubre 2010.

## **ANEXOS**



ANEXO 1

APAREAMIENTO COMPARATIVO INICIAL ENTRE CARACTERISTICAS DEFINITORIAS DE LOS DIAGNOSTICOS “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO” E “INCUMPLIMIENTO”

APAREAMIENTO COMPARATIVO INICIAL ENTRE FACTORES RELACIONADOS DE LOS DIAGNOSTICOS “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO” E “INCUMPLIMIENTO”



## FICHAS CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitorias?

### FICHA C 1 a

		SI/NO
<b>Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

### FICHA C 1 b

		SI/NO
<b>Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

### FICHA C 1 c

		SI/NO
<b>Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

### FICHA C 1 d

		SI/NO
<b>Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

### FICHA C 1 e

		SI/NO
<b>Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

**¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitorias?**

**FICHA C 2 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de desarrollo de complicaciones</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

**FICHA C 2 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de desarrollo de complicaciones</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

**FICHA C 2 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de desarrollo de complicaciones</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

**FICHA C 2 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de desarrollo de complicaciones</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

**FICHA C 2 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de desarrollo de complicaciones</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

**¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitorias?**

**FICHA C 3 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de exacerbación de los síntomas</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

**FICHA C 3 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de exacerbación de los síntomas</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

**FICHA C 3 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de exacerbación de los síntomas</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

**FICHA C 3 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de exacerbación de los síntomas</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

**FICHA C 3 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Evidencia de exacerbación de los síntomas</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

**¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitorias?**

**FICHA C 4 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>No asistencia a las visitas concertadas</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

**FICHA C 4 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>No asistencia a las visitas concertadas</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

**FICHA C 4 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>No asistencia a las visitas concertadas</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

**FICHA C 4 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>No asistencia a las visitas concertadas</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

**FICHA C 4 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>No asistencia a las visitas concertadas</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

**¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitivas?**

**FICHA C 5 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de progresos</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

**FICHA C 5 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de progresos</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

**FICHA C 5 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de progresos</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

**FICHA C 5 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de progresos</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

**FICHA C 5 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de progresos</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

**¿Existe equivalencia o similitud entre estas Características Definitivas?**

**FICHA C 6 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)</b>	Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	

**FICHA C 6 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)</b>	Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	

**FICHA C 6 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)</b>	Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	

**FICHA C 6 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)</b>	Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas	

**FICHA C 6 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)</b>	Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	

---

**FICHAS FACTORES RELACIONADOS**

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 1 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 1 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 1 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 1 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 1 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 1 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 1 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 1 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 1 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 1 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 1 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 1 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 1 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 1 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 1 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 1 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 1 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 1 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 1 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Personas significativas	

**FICHA F 1 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 1 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 1 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del sistema de cuidados de salud</b>	Valoración social del plan	



**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 2 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 2 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 2 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 2 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 2 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 2 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 2 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 2 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 2 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 2 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 2 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 2 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 2 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 2 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 2 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 2 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 2 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 2 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 2 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Personas significativas	

**FICHA F 2 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 2 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 2 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Complejidad del régimen terapéutico</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 3 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 3 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 3 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 3 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 3 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 3 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 3 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 3 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 3 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 3 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 3 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 3 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 3 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 3 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 3 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 3 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto de decisiones</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 3 p**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 3 q**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 3 r**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Personas significativas	

**FICHA F 3 s**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 3 t**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 3 u**

		SI/NO
<b>Conflicto de decisiones</b>	Valoración social del plan	



**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 4 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 4 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 4 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 4 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 4 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 4 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 4 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 4 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 4 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 4 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 4 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 4 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 4 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 4 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 4 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 4 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 4 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 4 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 4 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Personas significativas	

**FICHA F 4 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 4 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 4 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Demandas excesivas sobre un individuo o familia</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 5 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 5 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 5 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 5 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 5 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 5 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 5 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 5 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 5 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 5 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 5 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 5 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 5 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 5 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 5 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 5 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Conflicto familiar</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 5 p**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 5 q**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 5 r**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Personas significativas	

**FICHA F 5 s**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 5 t**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 5 u**

		SI/NO
<b>Conflicto familiar</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 6 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 6 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 6 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 6 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 6 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 6 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 6 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 6 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 6 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 6 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 6 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 6 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 6 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 6 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 6 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 6 o**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 6 p**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 6 q**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 6 r**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Personas significativas	

**FICHA F 6 s**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 6 t**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 6 u**

		SI/NO
<b>Patrones familiares de cuidado de salud</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 7 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 7 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 7 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 7 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 7 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 7 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 7 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 7 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 7 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 7 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 7 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 7 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 7 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 7 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 7 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 7 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 7 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 7 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 7 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Personas significativas	

**FICHA F 7 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 7 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 7 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Inadecuación del número y tipo de claves para la acción</b>	Valoración social del plan	



**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 8 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 8 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 8 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 8 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 8 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 8 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 8 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 8 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 8 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 8 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 8 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 8 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 8 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 8 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 8 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 8 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 8 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 8 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 8 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Personas significativas	

**FICHA F 8 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 8 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 8 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de conocimientos</b>	Valoración social del plan	



**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 9 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 9 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 9 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 9 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 9 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 9 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 9 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 9 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 9 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 9 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 9 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 9 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 9 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 9 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 9 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 9 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 9 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 9 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 9 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Personas significativas	

**FICHA F 9 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 9 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 9 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud</b>	Valoración social del plan	

---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 10 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 10 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 10 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 10 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 10 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 10 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 10 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 10 h**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 10 i**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 10 j**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 10 k**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 10 l**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 10 m**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 10 n**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 10 ñ**

		SI/NO
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 10 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 10 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 10 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 10 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Personas significativas	

**FICHA F 10 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 10 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 10 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción subjetiva de gravedad</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 11 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 11 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 11 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 11 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 11 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 11 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 11 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 11 h**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 11 i**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 11 j**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 11 k**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 11 l**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 11 m**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 11 n**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 11 ñ**

		SI/NO
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 11 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 11 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 11 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 11 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Personas significativas	

**FICHA F 11 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 11 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 11 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de susceptibilidad</b>	Valoración social del plan	



**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**

**FICHA F 12 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 12 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 12 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 12 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 12 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 12 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 12 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 12 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 12 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 12 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 12 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 12 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 12 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 12 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 12 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 12 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 12 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 12 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 12 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Personas significativas	

**FICHA F 12 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 12 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 12 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de barreras</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 13 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 13 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 13 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 13 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 13 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 13 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 13 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 13 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Percepción de beneficios</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 13 i**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 13 j**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 13 k**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 13 l**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 13 m**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 13 n**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 13 ñ**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 13 o**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 13 p**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 13 q**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 13 r**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Personas significativas	

**FICHA F 13 s**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 13 t**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 13 u**

		SI/NO
<b>Percepción de beneficios</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 14 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 14 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 14 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 14 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 14 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 14 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 14 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 14 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 14 i**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 14 j**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 14 k**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 14 l**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 14 m**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 14 n**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 14 ñ**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 14 o**

		SI/NO
<b>Impotencia</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 14 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 14 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 14 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Personas significativas	

**FICHA F 14 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 14 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 14 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Impotencia</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 15 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 15 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 15 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 15 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 15 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 15 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 15 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 15 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 15 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 15 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 15 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 15 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 15 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 15 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 15 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 15 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 15 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 15 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 15 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Personas significativas	

**FICHA F 15 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 15 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 15 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Dificultades económicas</b>	Valoración social del plan	



---

**¿Existe equivalencia o similitud entre estos Factores Relacionados?**
**FICHA F 16 a**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Acceso a los cuidados y conveniencia de estos	

**FICHA F 16 b**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados	

**FICHA F 16 c**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Habilidades de comunicación y enseñanza del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 16 d**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Credibilidad del proveedor de cuidados	

**FICHA F 16 e**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Cobertura sanitaria individual	

**FICHA F 16 f**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados	

**FICHA F 16 g**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento	

**FICHA F 16 h**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Satisfacción con los cuidados	

**FICHA F 16 i**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Complejidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 16 j**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Coste del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 16 k**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Duración del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 16 l**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 16 m**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Intensidad del plan de cuidados de salud	

**FICHA F 16 n**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Habilidades personales y de desarrollo	

**FICHA F 16 ñ**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales	

**FICHA F 16 o**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Sistema de valores individual	

**FICHA F 16 p**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto	

**FICHA F 16 q**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Fuerzas motivacionales	

**FICHA F 16 r**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Personas significativas	

**FICHA F 16 s**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Implicación de los miembros en el plan de salud	

**FICHA F 16 t**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Percepción de las creencias de las personas significativas	

**FICHA F 16 u**

		<b>SI/NO</b>
<b>Déficit de soporte social</b>	Valoración social del plan	



ANEXO 2

COMPARATIVA ENTRE CARACTERISTICAS DEFINITORIAS DE LOS DIAGNOSTICOS “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO” E “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” QUE TUVIERON RESPUESTA AFIRMATIVA EN LA 1ª VUELTA

COMPARATIVA ENTRE FACTORES RELACIONADOS DE LOS DIAGNOSTICOS “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO” E “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” QUE TUVIERON RESPUESTA AFIRMATIVA EN LA 1ª VUELTA



## COMPARACION ENTRE CARACTERISTICAS DEFINITORIAS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha c 5 a

Falta de progresos				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	
0	1	2	3	4	5

ficha c 5 b

Falta de progresos				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	
0	1	2	3	4	5

ficha c 5 c

Falta de progresos				Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	
0	1	2	3	4	5

ficha c 1 a

Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	
0	1	2	3	4	5

ficha c 1 b

Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	
0	1	2	3	4	5

ficha c 1 c

Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento				Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	
0	1	2	3	4	5

ficha c 3 a

Evidencia de exacerbación de los síntomas				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	
0	1	2	3	4	5

ficha c 3 b

Evidencia de exacerbación de los síntomas				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	
0	1	2	3	4	5

ficha c 5 e

Falta de progresos				Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	
0	1	2	3	4	5

ficha c 2 c

Evidencia de desarrollo de complicaciones				Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	
0	1	2	3	4	5

ficha c 2 e

Evidencia de desarrollo de complicaciones				Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	
0	1	2	3	4	5

ficha c 3 c

Evidencia de exacerbación de los síntomas				Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	
0	1	2	3	4	5

ficha c 1 e

Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento				Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 2 a

Evidencia de desarrollo de complicaciones				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 2 b

Evidencia de desarrollo de complicaciones				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 3 e

Evidencia de exacerbación de los síntomas				Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 4 a

No asistencia a las visitas concertadas				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 4 b

No asistencia a las visitas concertadas				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas		
0	1	2	3	4	5	

ficha c 4 c

No asistencia a las visitas concertadas				Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención	
0	1	2	3	4	5

ficha c 6 a

Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)				Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios	
0	1	2	3	4	5

ficha c 6 b

Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)				Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas	
0	1	2	3	4	5

ficha c 6 e

Pruebas objetivas (p.ej., medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos)				Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones	
0	1	2	3	4	5

1 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 1 a

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 b

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 c

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 e

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 f

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 g

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 i

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 j

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 k

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 l

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 m

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 s

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 u

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 v

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Conveniencia de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 w

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 x

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 y

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Habilidades de desarrollo		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 z

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 aa

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 1 ab

Complejidad del sistema de cuidados de salud			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5



2 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 2 a

Complejidad del régimen terapéutico			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 b

Complejidad del régimen terapéutico			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 c

Complejidad del régimen terapéutico			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 d

Complejidad del régimen terapéutico			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 f

Complejidad del régimen terapéutico			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 i

Complejidad del régimen terapéutico			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 j

Complejidad del régimen terapéutico			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 k

Complejidad del régimen terapéutico			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 m

Complejidad del régimen terapéutico			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 ñ

Complejidad del régimen terapéutico			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 o

Complejidad del régimen terapéutico			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 p

Complejidad del régimen terapéutico			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 q

Complejidad del régimen terapéutico			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 t

Complejidad del régimen terapéutico			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 u

Complejidad del régimen terapéutico			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 w

Complejidad del régimen terapéutico			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 x

Complejidad del régimen terapéutico			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 z

Complejidad del régimen terapéutico			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 aa

Complejidad del régimen terapéutico			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 2 ab

Complejidad del régimen terapéutico			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

3 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 3 c

Conflicto de decisiones			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 d

Conflicto de decisiones			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 i

Conflicto de decisiones			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 m

Conflicto de decisiones			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 ñ

Conflicto de decisiones			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 o

Conflicto de decisiones			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 p

Conflicto de decisiones			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 q

Conflicto de decisiones			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 r

Conflicto de decisiones			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 t

Conflicto de decisiones			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 u

Conflicto de decisiones			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 v

Conflicto de decisiones			Conveniencia de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 w

Conflicto de decisiones			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 y

Conflicto de decisiones			Habilidades de desarrollo		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 z

Conflicto de decisiones			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 3 aa

Conflicto de decisiones			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

4 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 4 b

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 d

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Credibilidad del proveedor de cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 e

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Cobertura sanitaria individual			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 f

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Continuidad del proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 i

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Complejidad del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 j

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Coste del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 k

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Duración del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 l

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 m

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Intensidad del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 4 n

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 ñ

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 o

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 p

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 r

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 s

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 u

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 v

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Conveniencia de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 z

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 4 ab

Demandas excesivas sobre un individuo o familia			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5



5 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 5 o

Conflicto familiar			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 q

Conflicto familiar			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 r

Conflicto familiar			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 s

Conflicto familiar			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 t

Conflicto familiar			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 u

Conflicto familiar			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 z

Conflicto familiar			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 5 aa

Conflicto familiar			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5



6 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 6 a

Patrones familiares de cuidado de salud			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 b

Patrones familiares de cuidado de salud			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 c

Patrones familiares de cuidado de salud			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 d

Patrones familiares de cuidado de salud			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 e

Patrones familiares de cuidado de salud			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 f

Patrones familiares de cuidado de salud			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 h

Patrones familiares de cuidado de salud			Satisfacción con los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 n

Patrones familiares de cuidado de salud			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 ñ

Patrones familiares de cuidado de salud			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 o

Patrones familiares de cuidado de salud			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 q

Patrones familiares de cuidado de salud			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 r

Patrones familiares de cuidado de salud			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 s

Patrones familiares de cuidado de salud			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 t

Patrones familiares de cuidado de salud			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 u

Patrones familiares de cuidado de salud			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 w

Patrones familiares de cuidado de salud			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 x

Patrones familiares de cuidado de salud			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 z

Patrones familiares de cuidado de salud			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 aa

Patrones familiares de cuidado de salud			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 6 ab

Patrones familiares de cuidado de salud			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

7 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 7 a

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Acceso a los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 b

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 c

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 d

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Credibilidad del proveedor de cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 e

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Cobertura sanitaria individual			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 f

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Continuidad del proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 g

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 i

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Complejidad del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 j

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Coste del plan de cuidados de salud			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 k

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 l

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 m

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 n

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 ñ

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 o

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 p

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 q

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 w

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 7 x

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 z

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Influencias culturales			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 aa

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Valores espirituales			
0	1	2	3	4	5	

ficha f 7 ab

Inadecuación del número y tipo de claves para la acción			Habilidades relevantes para el régimen propuesto			
0	1	2	3	4	5	



8 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 8 c

Déficit de conocimientos			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 d

Déficit de conocimientos			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 i

Déficit de conocimientos			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 n

Déficit de conocimientos			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 ñ

Déficit de conocimientos			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 p

Déficit de conocimientos			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 w

Déficit de conocimientos			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 x

Déficit de conocimientos			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 y

Déficit de conocimientos			Habilidades de desarrollo		
0	1	2	3	4	5

ficha f 8 ab

Déficit de conocimientos			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5



9 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 9 b

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 c

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 d

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 e

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 f

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 h

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Satisfacción con los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 i

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 j

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 k

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 m

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 ñ

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 o

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 p

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 v

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Conveniencia de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 w

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 z

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 9 aa

Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

10 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 10 i

Percepción subjetiva de gravedad			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 j

Percepción subjetiva de gravedad			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 k

Percepción subjetiva de gravedad			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 m

Percepción subjetiva de gravedad			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 ñ

Percepción subjetiva de gravedad			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 o

Percepción subjetiva de gravedad			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 s

Percepción subjetiva de gravedad			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 x

Percepción subjetiva de gravedad			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 z

Percepción subjetiva de gravedad			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 10 aa

Percepción subjetiva de gravedad			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5



11 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 11 b

Percepción de susceptibilidad			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 h

Percepción de susceptibilidad			Satisfacción con los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 j

Percepción de susceptibilidad			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 ñ

Percepción de susceptibilidad			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 o

Percepción de susceptibilidad			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 r

Percepción de susceptibilidad			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 u

Percepción de susceptibilidad			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 11 x

Percepción de susceptibilidad			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5



## 12 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 12 a

Percepción de barreras			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 b

Percepción de barreras			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 c

Percepción de barreras			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 d

Percepción de barreras			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 e

Percepción de barreras			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 g

Percepción de barreras			Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 i

Percepción de barreras			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 j

Percepción de barreras			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 k

Percepción de barreras			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 l

Percepción de barreras			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 m

Percepción de barreras			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 n

Percepción de barreras			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 ñ

Percepción de barreras			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 o

Percepción de barreras			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 p

Percepción de barreras			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 q

Percepción de barreras			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 r

Percepción de barreras			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 s

Percepción de barreras			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 t

Percepción de barreras			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 u

Percepción de barreras			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 w

Percepción de barreras			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 z

Percepción de barreras			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 aa

Percepción de barreras			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 12 ab

Percepción de barreras			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5



13 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 13 a

Percepción de beneficios			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 b

Percepción de beneficios			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 c

Percepción de beneficios			Habilidades de comunicación del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 d

Percepción de beneficios			Credibilidad del proveedor de cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 e

Percepción de beneficios			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 f

Percepción de beneficios			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 h

Percepción de beneficios			Satisfacción con los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 l

Percepción de beneficios			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 ñ

Percepción de beneficios			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 o

Percepción de beneficios			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 p

Percepción de beneficios			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 q

Percepción de beneficios			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 s

Percepción de beneficios			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 u

Percepción de beneficios			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 v

Percepción de beneficios			Conveniencia de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 w

Percepción de beneficios			Habilidades de enseñanza del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 x

Percepción de beneficios			Seguimiento regular del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 y

Percepción de beneficios			Habilidades de desarrollo		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 z

Percepción de beneficios			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 13 aa

Percepción de beneficios			Valores espirituales		
0	1	2	3	4	5

## 14 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 14 a

Impotencia			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 i

Impotencia			Complejidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 j

Impotencia			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 k

Impotencia			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 m

Impotencia			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 n

Impotencia			Habilidades personales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 ñ

Impotencia			Ideas sobre la salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 o

Impotencia			Sistema de valores individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 p

Impotencia			Conocimientos relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 q

Impotencia			Fuerzas motivacionales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 r

Impotencia			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 s

Impotencia			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 u

Impotencia			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 y

Impotencia			Habilidades de desarrollo		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 z

Impotencia			Influencias culturales		
0	1	2	3	4	5

ficha f 14 ab

Impotencia			Habilidades relevantes para el régimen propuesto		
0	1	2	3	4	5

15 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 15 a

Dificultades económicas			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 15 e

Dificultades económicas			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 15 g

Dificultades económicas			Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento		
0	1	2	3	4	5

ficha f 15 j

Dificultades económicas			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 15 k

Dificultades económicas			Duración del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 15 l

Dificultades económicas			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5



16 COMPARACION ENTRE FACTORES RELACIONADOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN 1ª VUELTA

ficha f 16 a

Déficit de soporte social			Acceso a los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 b

Déficit de soporte social			Relación entre el cliente y el proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 e

Déficit de soporte social			Cobertura sanitaria individual		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 f

Déficit de soporte social			Continuidad del proveedor de los cuidados		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 g

Déficit de soporte social			Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 j

Déficit de soporte social			Coste del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 l

Déficit de soporte social			Flexibilidad económica del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 m

Déficit de soporte social			Intensidad del plan de cuidados de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 r

Déficit de soporte social			Personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 s

Déficit de soporte social			Implicación de los miembros en el plan de salud		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 t

Déficit de soporte social			Percepción de las creencias de las personas significativas		
0	1	2	3	4	5

ficha f 16 u

Déficit de soporte social			Valoración social del plan		
0	1	2	3	4	5

ANEXO 3

APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA (CEIC)



**CODIGO INTERNO: 08/259**

**Dra. MARIA UGALDE DIEZ, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Doce de Octubre.**

**CERTIFICA:**

Que este Comité, en la sesión celebrada el día **25/11/2008**, ha analizado la Tesis Doctoral **OMI-AP** titulado:

**PRECISION EN DOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON LA TERAPEUTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO Y MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPEUTICO**

Realizada por el Profesor D. **JORGE DIZ GOMEZ**,

entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, y que es viable en todos sus términos, por lo que lo ha considerado adecuado y ha decidido su **APROBACIÓN**.

Lo que firmo en Madrid, a 28 de noviembre de 2008,

  
Secretaría del Comité Ético de Investigación Clínica  
Hospital Universitario Doce de Octubre

Que en dicha reunión se cumplieron los requisitos establecidos en la legislación vigente para que la decisión del citado CEIC sea válida.

Que en el CEIC, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y que su composición actual es la siguiente:

**Presidente:**

- Dr. Javier Ortiz de Frutos - Adjunto de Dermatología

**Vicepresidente:**

- Dra. M<sup>ª</sup> del Puy Goyache Goñi - Farmacéutico Adjunto de Farmacia Hospitalaria

**Secretario:**

- Dra. María Ugalde Díez - Dra. en Ciencias Biológicas

**Vocales:**

- D<sup>ª</sup> M<sup>ª</sup> Luisa Albelda de la Haza - Licenciada en Derecho
- D<sup>º</sup> Recuerdo Aranda López - Diplomado Universitario en Enfermería
- D<sup>º</sup> Milagros Beamud Lago - Diplomado Universitario en Enfermería
- Dra. Lourdes Cabrera García - Farmacóloga clínica (Clínica Puerta de Hierro)
- Dra. Eva M<sup>ª</sup> Ciruelos Gil - Adjunto de Oncología Médica
- Dr. José Damián Garcés Raúl - Médico de Familia Atención Primaria Área XI
- Dr. Agustín Gómez de la Cámara - Jefe Unidad de Investigación - Epidemiología Clínica
- Dr. Carlos Gómez Martín - Adjunto de Oncología Médica
- Dr. Juan Manuel Guerra Vales - Adjunto de Medicina Interna
- Dr. Carlos Grande García - Adjunto de Hematología
- Dr. Miguel Ángel Jiménez Arriero - Adjunto de Psiquiatría
- Dr. Antonio Martínez Gimeno - Adjunto de Pediatría, Neumología y Alergia
- Dr. Enrique Morales Ruiz - Adjunto de Nefrología
- Dr. José Manuel Moreno Villares - Adjunto de Pediatría
- Dra. Carmen Pallás Alonso - Adjunto de Pediatría
- Dra. Ana Pastor Rodríguez-Moñino - Médico de Familia Atención Primaria Área XI
- Dr. Rafael Rubio García - Adjunto de Medicina Interna Unidad de VIH
- D<sup>ª</sup> M<sup>ª</sup> Antonia Sánchez Serrano - Técnico en Gestión de la Investigación (Agencia Lain Entralgo)
- Dra. Rocío Tello de Meneses Becerra - Adjunto de Cardiología
- D. Oscar Pinar López - Farmacóloga clínica (Atención Primaria Área XI)

Que en el caso de que se evalué algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentara de la reunión durante la discusión del proyecto.

ANEXO 4

CARTA A LOS GERENTES DE LAS ÁREAS SANITARIAS



Sr. Director Gerente del Área .... de Atención Primaria. Madrid.

Soy Jorge Diz Gómez, profesor titular de Escuela Universitaria y actualmente estoy matriculado en el curso de Doctorado de la Universidad Complutense de Madrid, desarrollando la tesis denominada “PRECISION EN DOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON LA TERAPEUTICA EN ATENCION PRIMARIA: “INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO” Y “MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN TERAPÉUTICO””

El motivo de este escrito es solicitar su autorización para obtener datos que constan en los registros informatizados del programa OMI-AP, relativos a la atención sanitaria a pacientes en Atención Primaria de esa área durante los años 2006, 2007 y 2008.

Sería necesario la recogida de todos los datos relativos a : etiqueta diagnóstica, características definitorias y factores relacionados de los registros informatizados en los que figuren los diagnósticos “Incumplimiento del tratamiento” y “Manejo infeccioso del régimen terapéutico” que constan en los archivos del órgano correspondiente de las Gerencias de Atención Primaria de las Áreas de la Comunidad de Madrid.

Adjunto documento de APROBACION del Comité Ético de Investigación Clínica del Área Sanitaria 11, en el que se indica que el estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos, que se cumplen los requisitos metodológicos necesarios y existe viabilidad para el desarrollo de dicho estudio

Mis datos de contacto son:

Jorge Diz Gómez

Escuela de Enfermería. Fisioterapia y Podología

Facultad de Medicina

Pabellón 2º, 3ª Planta

Ciudad Universitaria

28040- MADRID

Correo electrónico: [dizgomez@enf.ucm.es](mailto:dizgomez@enf.ucm.es)

Teléfono: 620546651

Quedo a la espera de su respuesta

Atentamente

Madrid, ... de ..... de 2009

Jorge Diz Gómez



ANEXO 5  
SENTENCIA SQL



Sentencia SQL para OMI-AP para obtención de los datos estadísticos

```
select
  iddvar.codigo,iddenan.nif,
  sexo,((75974-nacimiento)/365.25) as edad,
  nanda,year(date(fechaini-36162)) as ano,ciap,codfr as fr, iddecd.codigo as CD
from
  iddvar,((iddenan inner join iddecd on (iddenan.nif=iddecd.nif and
  iddenan.especiali=iddecd.especiali and iddenan.secuen=iddecd.secuen)) inner
  join iddefr on (iddenan.nif=iddefr.nif and iddenan.especiali=iddefr.especiali and
  iddenan.secuen=iddefr.secuen) ) inner join iddpac on iddenan.nif=iddpac.nif
where
  nanda in ('00078','00079') and tipo='D' and fechaini between 74879 and 75974
  {1/1/2006 -31/12/2008}
  and codfr in (select codfr from idpynf where clave in ('00078','00079'))
```



ANEXO 6  
CLASIFICACIÓN CIAP



### CLASIFICACIÓN CIAP (WONCA)

La clasificación CIAP es una taxonomía de los términos y expresiones utilizadas habitualmente en medicina de familia; recoge los motivos de consulta, los problemas de salud y el proceso de atención. La primera versión internacional de la CIAP se desarrolló en 1987 por la WONCA, y en 1990 se tradujo por primera vez al español.

La CIAP tiene una estructura biaxial. El primer eje tiene 17 capítulos organizados según aparatos y sistemas orgánicos, y las rúbricas tienen un código alfabético nemotécnico. El segundo eje está formado por 7 componentes, con un código numérico de dos dígitos; las rúbricas de los componentes 1 y 7 son específicas para cada capítulo (se refieren a signos y síntomas y a enfermedades), mientras que la de los otros cinco componentes (2,3,4,5 y 6) se refieren a actividades y son idénticas para todos los capítulos.

Los 17 capítulos del primer eje son:

A	Problemas generales e inespecíficos
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario (linfáticos, bazo y médula ósea)
D	Aparato digestivo
F	Ojos y anejos
H	Aparato auditivo
K	Aparato circulatorio
L	Aparato locomotor
N	Sistema nervioso
P	Problemas psicológicos
R	Aparato respiratorio
S	Piel y faneras
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición
U	Aparato urinario
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio
X	Aparato genital femenino y mamas
Y	Aparato genital masculino y mamas
Z	Problemas sociales

Disponible en [http:// www.semfyces.es/es/informativo/ciap\\_2/](http://www.semfyces.es/es/informativo/ciap_2/)

## CODIGOS CIAP (WONCA)

Codigo CIAP	Motivo de consulta	Codigo CIAP	Motivo de consulta
A01	Dolor generalizado/múltiple	A74	Rubeola
A02	Escalofríos	A75	Mononucleosis infecciosa
A03	Fiebre	A76	Otras enfermedades virales con exantema
A04	Astenia/cansancio/debilidad	A77	Otras enfermedades virales NE
A05	Sensación de enfermedad	A78	Otras enfermedades infecciosas NE
A06	Desmayo/sincope	A79	Cáncer/neoplasia maligna NE
A07	Coma	A80	Traumatismo/lesión NE
A08	Inflamación	A81	Traumatismos/lesiones múltiples
A09	Problemas de sudoración	A82	Efectos secundarios tardíos trauma
A10	Sangrado/hemorragia NE	A84	Intoxicaciones/envenenamientos/sobredosificación de medicamentos
A11	Dolor torácico NE	A85	Efectos adversos de medicamento con dosis correcta
A13	Miedo al tratamiento	A86	Efectos tóxicos sustancias no medicamentosas
A16	Lactante irritable/nervioso	A87	Complicación tratamiento médico
A18	Preocupación sobre la apariencia	A88	Efectos adversos factores físicos
A20	Solicitud/discusión de eutanasia	A89	Efectos adversos prótesis
A21	Factor de riesgo para cáncer NE	A90	Anomalías congénitas múltiples NE
A23	Factor de riesgo NE	A91	Resultados anormales de pruebas NE
A25	Miedo a la muerte/a la agonía	A92	Alergia/reacciones alérgicas NE
A26	Miedo al cáncer NE	A93	Recién nacidos prematuros/inmaduros
A27	Miedo a otra enfermedad NE	A94	Otra morbilidad perinatal
A28	Incapacidad/minusvalía NE	A95	Mortalidad perinatal
A29	Otros signos/síntomas generales	A96	Fallecimiento/muerte
A70	Tuberculosis	A97	Sin enfermedad
A71	Sarampión	A98	Medicina preventiva/promoción salud
A72	Varicela	A99	Otras enfermedades generales NE
A73	Paludismo/malaria		

Codigo CIAP	Motivo de consulta	Codigo CIAP	Motivo de consulta
B02	Adenopatía/dolor ganglio linfático	B76	Rotura traumática de bazo
B04	Signos/síntomas de enfermedad de la sangre/hematológica	B77	Otros traumas hematológicos/linfáticos/bazo
B25	Miedo al SIDA	B78	Anemias hemolíticas hereditarias
B26	Miedo enfermedad de la sangre/hematológica/linfática	B79	Otras anomalías congénitas de la sangre/hematológicas
B27	Miedo enfermedad de la sangre/hematológica/linfática	B80	Anemia ferropénica
B28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad de la sangre/hematológica/linfática	B81	Anemia perniciosa/déficit folatos
B29	Otros signos/síntomas de enfermedad de la sangre/hematológica/linfática	B82	Otras anemias/inespecíficas
B70	Linfadenitis aguda	B83	Púrpura/alteración de la coagulación
B71	Linfadenitis crónica/inespecífica	B84	Leucocitos anormales
B72	Enfermedad de Hodgkin/linfomas	B85	Alteraciones en análisis sanguíneo sin explicación (* código CIPA en programa OMI)
B73	Leucemia	B87	Esplenomegalia
B74	Otras neoplasias malignas hematológicas	B90	Infección por VIH, SIDA
B75	Neoplasias benignas hematológicas/inespecíficas	B99	Otras enfermedades hematológicas/linfáticas/inmunológicas

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
D01	Dolor abdominal general/retortijones	D71	Parotiditis epidémica/paperas
D02	Dolor de estómago/epigástrico	D72	Hepatitis viral
D03	Pirosis	D73	Infección intestinal inespecífica/posible
D04	Dolor rectal/anal	D74	Neoplasias malignas del estómago
D05	Prurito perianal	D75	Neoplasias malignas del colon/recto
D06	Otros dolores abdominales localizados	D76	Neoplasias malignas de páncreas
D07	Dispepsias/indigestión	D77	Otras neoplasias malignas del aparato digestivo NE
D08	Flatulencia/aerofagia/gases	D78	Neoplasias benignas/inespecíficas digestivo
D09	Náuseas	D79	Cuerpo extraño en tracto digestivo
D10	Vómito	D80	Otras lesiones aparato digestivo
D11	Diarrea	D81	Anomalías congénitas digestivo
D12	Estreñimiento	D82	Enfermedades de los dientes/encías
D13	Ictericia	D83	Enfermedades de la boca/lengua/labios
D14	Hematemesis/vómito de sangre	D84	Enfermedades del esófago
D15	Melena	D85	Úlcera duodenal
D16	Rectorragia/hemorragia rectal	D86	Otra úlcera pépticas
D17	Incontinencia fecal	D87	Alteraciones funcionales del estómago
D18	Cambio en las heces/en el ritmo	D88	Apendicitis
D19	Signos/síntomas de dientes y encías	D89	Hernia inguinal
D20	Signos/síntomas de boca, lengua y labios	D90	Hernia de hiato
D21	Problemas de la deglución	D91	Otras hernias abdominales
D23	Hepatomegalia	D92	Enfermedad diverticular del intestino
D24	Masa abdominal NE	D93	Síndrome de colon irritable
D25	Distensión abdominal	D94	Enteritis crónica/colitis ulcerosa
D26	Miedo cáncer aparato digestivo	D95	Fisura anal/absceso perianal
D27	Miedo otras enfermedades del aparato digestivo	D96	Oxiuros/áscaris/otros parásitos
D28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad del aparato digestivo	D97	Enfermedades hepáticas NE
D29	Otros signos/síntomas del aparato digestivo	D98	Colecistitis/colelitis
D70	Infección gastrointestinal	D99	Otras enfermedades digestivo

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
F01	Dolor ocular	F74	Neoplasias de ojos/anejos
F02	Ojo rojo	F75	Contusión/hemorragia de ojos/anejos
F03	Secreción ocular	F76	Cuerpo extraño en el ojo
F04	Puntos flotantes/manchas	F79	Otras lesiones oculares
F05	Otros signos/síntomas visuales	F80	Obstrucción del conducto lagrimal del lactante
F13	Sensaciones anormales ojos	F81	Otras anomalías oculares congénitas
F14	Movimientos anormales ojos	F82	Desprendimiento de retina
F15	Aspecto anormal de los ojos	F83	Retinopatía
F16	Signos/síntomas de los párpados	F84	Degeneración de la mácula
F17	Signos/síntomas en relación con gafas	F85	Úlcera corneal
F18	Signos/síntomas en relación lentes contacto	F86	Tracoma
F27	Miedo a una enfermedad ocular	F91	Alteraciones de la refracción
F28	Incapacidad/minusvalía de ojo y anejos	F92	Catarata
F29	Otros signos/síntomas oculares	F93	Glaucoma
F70	Conjuntivitis infecciosa	F94	Ceguera/reducción de la agudeza visual
F71	Conjuntivitis alérgica	F95	Estrabismo
F72	Blefaritis/orzuelo/chalación	F99	Otras enfermedades/problemas de ojos/anejos
F73	Otras infecciones/inflamaciones ojos		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
H01	Dolor de oído/oreja	H74	Otitis media crónica
H02	Signo/síntomas auditivos	H75	Neoplasias del aparato auditivo
H03	Zumbido/tinnitus/acúfenos	H76	Cuerpo extraño en el oído
H04	Secreción por el oído	H77	Perforación del tímpano
H05	Sangre en/del oído	H78	Lesión superficial del oído/oreja
H13	Sensación de taponamiento	H79	Otras lesiones del aparato auditivo
H15	Preocupación apariencia orejas	H80	Anomalías congénitas del aparato auditivo
H27	Miedo a una enfermedad del oído	H81	Cera excesiva en el conducto auditivo
H28	Incapacidad/minusvalía del aparato auditivo	H82	Síndromes vertiginosos
H29	Otros signos/síntomas de enfermedad del oído/oreja	H83	Otosclerosis
H70	Otitis externa	H84	Presbiacusia
H71	Otitis media/miringitis aguda	H85	Trauma acústico
H72	Otitis media serosa	H86	Sordera
H73	Salpingitis trompa de Eustaquio	H99	Otras enfermedades del aparato auditivo

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
K01	Dolor cardíaco/atribuido corazón	K78	Fibrilación/aleteo auricular
K02	Opresión/presión cardíaca	K79	Taquicardia paroxística
K03	Dolor cardiovascular NE	K80	Arritmia cardíaca NE
K04	Palpitaciones/percepción latidos	K81	Soplos cardíacos/arteriales NE
K05	Otras irregularidades ritmo cardíaco	K82	Enfermedad pulmonar cardíaca
K06	Venas ingurgitadas	K83	Enfermedad valvular cardíaca
K07	Tobillos hinchados/edematosos	K84	Otras enfermedades cardíacas
K22	Factor de riesgo de enfermedad cardiovascular	K85	Elevación de la presión arterial
K24	Miedo a un infarto de miocardio	K86	Hipertensión no complicada
K25	Miedo a la hipertensión	K87	Hipertensión afectación órgano diana
K27	Miedo otras enfermedades cardiovasculares	K88	Hipotensión postural
K28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad cardiovascular	K89	Isquemia cerebral transitoria
K29	Otros signos/síntomas cardiovasculares	K90	ACV/ictus/apoplejía
K70	Enfermedades infecciosas cardiovasculares	K91	Enfermedad cerebrovascular
K71	Fiebre/enfermedad reumática cardíaca	K92	Aterosclerosis/enfermedad arterial periférica
K72	Neoplasias cardiovasculares	K93	Embolismo pulmonar
K73	Anomalías congénitas cardiovasculares	K94	Flebitis y tromboflebitis
K74	Isquemia cardíaca con angina	K95	Venas varicosas en extremidades inferiores
K75	Infarto agudo de miocardio	K96	Hemorroides
K76	Isquemia cardíaca sin angina	K99	Otras enfermedades cardiovasculares
K77	Insuficiencia cardíaca		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
L01	Signos/síntomas del cuello	L74	Fractura de carpo/tarso/mano/pie
L02	Signos/síntomas de la espalda	L75	Fractura de fémur
L03	Signos/síntomas lumbares	L76	Otras fracturas
L04	Signos/síntomas torácicos	L77	Esginces distensiones del tobillo
L05	Signos/síntomas de flancos y axilas	L78	Esginces distensiones rodilla
L07	Signos/síntomas de la mandíbula	L79	Esginces distensiones NE
L08	Signos/síntomas del hombro	L80	Luxación y subluxación
L09	Signos/síntomas del brazo	L81	Otras lesiones del aparato locomotor NE
L10	Signos/síntomas del codo	L82	Anomalías congénitas del aparato locomotor
L11	Signos/síntomas de la cadera	L83	Síndromes del cuello
L12	Signos/síntomas de la mano y sus dedos	L84	Síndromes lumbares/torácicos sin irradiación de dolor
L13	Signos/síntomas de la cadera	L85	Deformidades adquiridas de columna vertebral
L14	Signos/síntomas del muslo y de la pierna	L86	Síndromes lumbares/torácicos con irradiación de dolor
L15	Signos/síntomas de la rodilla	L87	Bursitis/tendinitis/sinovitis NE
L16	Signos/síntomas del tobillo	L88	Artritis reumatoide
L17	Signos/síntomas del pie y sus dedos	L89	Artrosis de cadera
L18	Dolor muscular	L90	Artrosis de rodilla
L19	Otros signos/síntomas musculares NE	L91	Otras artrosis
L20	Signos/síntomas articulares NE	L92	Síndromes del hombro
L26	Miedo al cáncer del aparato locomotor	L93	Codo de tenista
L27	Miedo a otras enfermedades del aparato locomotor	L94	Osteocondrosis
L28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad del aparato locomotor	L95	Osteoporosis
L29	Otros signos/síntomas del aparato locomotor	L96	Lesión aguda interna de la rodilla
L70	Infecciones del aparato locomotor	L97	Neoplasia benigna/inespecífica del aparato locomotor
L71	Neoplasias malignas del aparato locomotor	L98	Deformidades adquiridas de miembros
L72	Fractura de cúbito/radio	L99	Otras enfermedades del aparato locomotor
L73	Fractura de tibia/peroné		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
N01	Cefalea	N74	Neoplasias malignas del sistema nervioso
N03	Dolor en la cara	N75	Neoplasias benignas del sistema nervioso
N04	Síndrome de piernas inquietas	N76	Neoplasias inespecíficas sistema nervioso
N05	Hormigueo en manos y pies	N79	Conmoción cerebral
N06	Otras alteraciones de la sensibilidad	N80	Otros traumatismos craneales
N07	Convulsiones/crisis convulsivas	N81	Otras lesiones sistema nervioso
N08	Movimientos involuntarios anormales	N85	Anomalías congénitas del sistema nervioso
N16	Alteraciones del gusto y del olfato	N86	Esclerosis múltiple
N17	Vértigo/vahído	N87	Enfermedad de Parkinson/parkinsonismos
N18	Parálisis/debilidad	N88	Epilepsia
N19	Alteraciones del lenguaje	N89	Migraña
N26	Miedo a cáncer sistema nervioso	N90	Cefalea en racimos/cluster
N27	Miedo a otras enfermedades neurológicas	N91	Parálisis facial/de Bell
N28	Incapacidad/minusvalía neurológica	N92	Neuralgia del trigémino
N29	Otros signos/síntomas neurológicos	N93	Síndrome del túnel carpiano
N70	Poliomielitis	N94	Neuritis/neuropatías periféricas
N71	Meningitis/encefalitis	N95	Cefalea tensional
N72	Tétanos	N99	Otras enfermedades neurológicas
N73	Otras infecciones del sistema nervioso		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
P01	Sensación ansiedad/tensión	P25	Problemas en las etapas de la vida en adultos
P02	Estrés agudo	P27	Miedo a una enfermedad mental
P03	Sensaciones/sentimientos depresivos	P28	Incapacidad/minusvalía mental
P04	Sensaciones/sentimientos de irritabilidad/enojo	P29	Otros signos/síntomas psicológicos/mentales
P05	Sentimientos/conducta senil	P70	Demencia
P06	Trastornos del sueño	P71	Otras psicosis orgánicas
P07	Disminución del deseo sexual	P72	Esquizofrenia
P08	Ausencia/pérdida de la satisfacción sexual	P73	Psicosis afectivas
P09	Preocupación preferencias sexuales	P74	Trastornos de ansiedad/estado ansiedad
P10	Tartamudeo, disfemia, tics	P75	Trastornos de somatización/de conversión
P11	Problemas en la conducta alimentaria niños	P76	Depresión/trastornos depresivos
P12	Enuresis	P77	Suicidio/intento de suicidio
P13	Encopresis	P78	Neurastenia/surmenage
P15	Abuso crónico del alcohol	P79	Fobia/trastorno compulsivo
P16	Abuso agudo del alcohol	P80	Trastornos de la personalidad
P17	Abuso del tabaco	P81	Trastornos hipercinéticos
P18	Abuso de fármacos	P82	Estrés postraumático
P19	Abuso de drogas	P85	Retraso mental
P20	Trastornos de la memoria	P86	Anorexia nerviosa/bulimia
P22	Signos/síntomas del comportamiento del niño	P98	Otras psicosis NE
P23	Signos/síntomas del comportamiento adolescentes	P99	Otros problemas psicológicos/mentales
P24	Problemas específicos del aprendizaje		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
R01	Dolor atribuido al aparato respiratorio	R76	Amigdalitis aguda
R02	Fatiga respiratoria/disnea	R77	Laringitis/traqueítis aguda
R03	Respiración jadeante/sibilante	R78	Bronquitis/bronquiolitis aguda
R04	Otros problemas de la respiración	R79	Bronquitis crónica
R05	Tos	R80	Gripe
R06	Epistaxis/hemorragia nasal	R81	Neumonía
R07	Estornudos/congestión nasal	R82	Derrame pleural/pleuritis
R08	Otros signos/síntomas nasales	R83	Otras infecciones respiratorias
R09	Signos/síntomas de los senos paranasales	R84	Neoplasia maligna de tráquea/bronquio/pulmón/pleura
R21	Signos/síntomas de garganta/faringe/amígdalas	R85	Otras neoplasias malignas del aparato respiratorio
R23	Signos/síntomas de la voz	R86	Neoplasia benigna del aparato respiratorio
R24	Hemoptisis	R87	Cuerpo extraño nariz/laringe/bronquios
R25	Expectoración/flemas anormales	R88	Otras lesiones del aparato respiratorio
R26	Miedo al cáncer del aparato respiratorio	R89	Anomalía congénita del aparato respiratorio
R27	Miedo otras enfermedades del aparato respiratorio	R90	Hipertrofia/infección crónica amígdalas/adenoides
R28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad del aparato respiratorio	R92	Neoplasia inespecífica del aparato respiratorio
R29	Otros signos/síntomas del aparato respiratorio	R95	EPOC
R71	Tos ferina	R96	Asma
R72	Faringitis/amigdalitis estreptocócica	R97	Rinitis alérgica
R73	Forúnculos/absceso de la nariz	R98	Síndrome de hiperventilación
R74	Infección respiratoria aguda superior	R99	Otras enfermedades del aparato respiratorio
R75	Sinusitis aguda/crónica		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
S01	Dolor/sensibilidad anormal de la piel	S71	Herpes simple
S02	Prurito	S72	Sarna y otras ascaridiasis
S03	Verrugas	S73	Pediculosis otras infestaciones de la piel
S04	Inflamación/masa localizada	S74	Dermatomicosis
S05	Inflamación/masas múltiples	S75	Candidiasis/moniliasis de la piel
S06	Eritema/rash localizado	S76	Otras infecciones de la piel
S07	Eritema/rash generalizado	S77	Neoplasias malignas de la piel
S08	Cambios en el color de la piel	S78	Lipoma
S09	Dedo de la mano/del pie infectado	S79	Neoplasias benignas/inespecíficas piel
S10	Forúnculo/ántrax	S80	Queratosis/quemadura solar
S11	Infecciones dermatológicas postrauma	S81	Hemangioma/linfangioma
S12	Picadura de insecto	S82	Nevus/lunar
S13	Mordedura humana/animales	S83	Otras anomalías congénitas
S14	Quemaduras/escaldaduras	S84	Impétigo
S15	Cuerpo extraño en la piel	S85	Quiste/fístula pilonidal
S16	Contusión/magulladura	S86	Dermatitis seborreica
S17	Abrasión/ampollas/arañazos	S87	Dermatitis/eccema atópico
S18	Laceración/herida incisa	S88	Dermatitis de contacto/alérgica
S19	Otras lesiones de la piel	S89	Dermatitis del pañal
S20	Callos/callosidades	S90	Pitiriasis rosada
S21	Signos/síntomas de la textura cutánea	S91	Psoriasis
S22	Signos/síntomas de las uñas	S92	Enfermedades de las glándulas sudoríparas
S23	Calvicie/caída del pelo	S93	Quiste sebáceo
S24	Otros signos/síntomas pelo/cabellera	S94	Uña encarnada
S26	Miedo al cáncer de piel	S95	Molluscum contagiosum
S27	Miedo a otras enfermedades de la piel	S96	Acné
S28	Incapacidad/minusvalía debida a enfermedad de la piel/faneras	S97	Úlcera crónica de la piel
S29	Otros signos/síntomas de la piel y faneras	S98	Urticaria
S70	Herpes zoster	S99	Otras enfermedades de la piel

Codigo CIAP	Motivo de consulta	Codigo CIAP	Motivo de consulta
T01	Sed excesiva	T73	Otras neoplasias endocrinas/inespecíficas
T02	Apetito excesivo	T78	Conducto/quiste tirogloso
T03	Pérdida de apetito	T80	Anomalías congénitas endocrinas/metabólicas
T04	Problemas de la alimentación del lactante/niño	T81	Bocio
T05	Problemas de la alimentación en el adulto	T82	Obesidad
T07	Ganancia de peso	T83	Sobrepeso
T08	Pérdida de peso	T85	Hipertiroidismo/tirotoxicosis
T10	Fallo/retraso del crecimiento	T86	Hipotiroidismo/mixedema
T11	Deshidratación	T87	Hipoglucemia
T26	Miedo al cáncer en aparato endocrino	T89	Diabetes insulino dependiente
T27	Miedo otras enfermedades endocrinas/metabólicas	T90	Diabetes no insulino dependiente
T28	Incapacidad/minusvalía debida a enfermedad endocrina/metabólica/nutricional	T91	Déficit vitamínico/nutricional
T29	Otros signos/síntomas endocrinos/metabólicos/nutricionales	T92	Gota
T70	Infecciones endocrinas	T93	Trastornos metabolismo lipídico
T71	Neoplasias malignas de tiroides	T99	Otros problemas endocrinos/metabólicos/nutricionales
T72	Neoplasias benignas de tiroides		

Codigo CIAP	Motivo de consulta	Codigo CIAP	Motivo de consulta
U01	Disuria/micción dolorosa	U71	Cistitis/otras infecciones urinarias
U02	Micción imperiosa/frecuente	U72	Uretritis
U04	Incontinencia urinaria	U75	Neoplasias malignas del riñón
U05	Otros problemas de la micción	U76	Neoplasias malignas de la vejiga urinaria
U06	Hematuria	U77	Otras neoplasias malignas del aparato urinario
U07	Otros signos/síntomas de la orina	U78	Neoplasias benignas del aparato urinario
U08	Retención urinaria	U79	Neoplasias del aparato urinario NE
U13	Otros signos/síntomas de la vejiga urinaria	U80	Lesiones del aparato urinario
U14	Signos/síntomas del riñón	U85	Anomalías congénitas del aparato urinario
U26	Miedo al cáncer del aparato urinario	U88	Nefrosis/glomerulonefritis
U27	Miedo a otras enfermedades del aparato urinario	U90	Albuminuria/proteinuria ortostática
U28	Incapacidad/minusvalía debida a enfermedad del aparato urinario	U95	Cálculos urinarios
U29	Otros signos/síntomas del aparato urinario	U98	Análisis anormales de orina NE
U70	Pielitis/pielonefritis	U99	Otros problemas/enfermedades urinarias

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
W01	Cuestiones acerca del embarazo	W73	Neoplasias benignas/inespecíficas en relación con el embarazo
W02	Miedo a estar embarazada	W75	Lesiones que complican el embarazo
W03	Hemorragia antes del parto	W76	Anomalías congénitas complicando el embarazo
W05	Vómito/náusea del embarazo	W78	Embarazo
W10	Contracepción postcoital	W79	Embarazo no deseado
W11	Contracepción oral, en la mujer	W80	Embarazo ectópico
W12	Contracepción intrauterina	W81	Toxemia del embarazo
W13	Esterilización quirúrgica de la mujer	W82	Aborto espontáneo
W14	Otros métodos de contracepción en la mujer	W83	Aborto provocado
W15	Infertilidad femenina	W84	Embarazo de alto riesgo
W17	Hemorragia posparto	W85	Diabetes gestacional
W18	Otros signos/síntomas del posparto	W90	Parto normal/recién nacido vivo
W19	Signos/síntomas de la mama/lactancia	W91	Parto normal/recién nacido muerto
W21	Preocupación por la apariencia en el embarazo	W92	Parto complicado/recién nacido vivo
W27	Miedo a complicaciones en el embarazo	W93	Parto complicado/recién nacido muerto
W28	Incapacidad/minusvalía debida a embarazo/parto/puerperio	W94	Mastitis puerperal
W29	Otros signos/síntomas en el embarazo/parto/puerperio	W95	Otros problemas/enfermedades de la mama en el embarazo/puerperio
W70	Infección/sepsis puerperal	W96	Otras complicaciones del puerperio
W71	Otras enfermedades infecciosas en el embarazo/parto/puerperio	W99	Otros problemas/enfermedades del embarazo/parto
W72	Neoplasias malignas en relación con el embarazo		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
X01	Dolor genital femenino	X28	Incapacidad/minusvalía por enfermedad del aparato genital/mamas, mujer
X02	Dolor menstrual	X29	Otros signos/síntomas genital/mamas, mujer
X03	Dolor intermenstrual	X70	Sífilis, en la mujer
X04	Dolor en el coito, en la mujer	X71	Gonorrea, en la mujer
X05	Menstruación ausente/escasa	X72	Candidiasis genital, en la mujer
X06	Menstruación excesiva	X73	Tricomoniasis genital, en la mujer
X07	Menstruación irregular/frecuente	X74	Enfermedad inflamatoria pélvica
X08	Sangrado intermenstrual	X75	Neoplasias malignas de cuello de útero
X09	Signos/síntomas premenstruales	X76	Neoplasias malignas de la mama, en la mujer
X10	Aplazamiento provocado menstruación	X77	Otras neoplasias genitales femeninas
X11	Signos/síntomas menopáusicos	X78	Fibromioma uterino
X12	Sangrado posmenopáusico	X79	Neoplasias benignas de mama, en la mujer
X13	Sangrado postcoital	X80	Neoplasias benignas del aparato genital femenino
X14	Secreción/flujo vaginal excesivo	X81	Neoplasias genitales mujer inespecíficas/otras
X15	Otros signos/síntomas vaginales	X82	Lesiones genitales femeninas
X16	Otros signos/síntomas vulvares	X83	Anomalías congénitas del aparato genital, mujer
X17	Otros signos/síntomas de la pelvis femenina	X84	Vaginitis/vulvitis NE
X18	Dolor mamario, en la mujer	X85	Otros problemas del cuello de útero
X19	Masa/bulto mamario, en la mujer	X86	Citología cuello de útero anormal
X20	Signo/síntomas de los pezones, en la mujer	X87	Prolapso uterovaginal
X21	Otros signos/síntomas de la mama, en la mujer	X88	Mastopatía fibroquística
X22	Preocupación por la apariencia de las mamas, mujer	X89	Síndrome premenstrual
X23	Miedo a enfermedad de transmisión sexual en la mujer	X90	Herpes genital, en la mujer
X24	Miedo disfunción sexual, mujer	X91	Condiloma acuminado, mujer
X25	Miedo al cáncer genital femenino	X92	Infección genital femenina debida a clamidias
X26	Miedo al cáncer mama, en la mujer	X99	Otras enfermedades del aparato genital femenino/mamas
X27	Miedo a otras enfermedades sexuales/mama, mujer		

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
Y01	Dolor en el pene	Y70	Sífilis, en el hombre
Y02	Dolor en escroto/testículos	Y71	Gonorrea, en el hombre
Y03	Secreción uretral, en el hombre	Y72	Herpes genital, en el hombre
Y04	Otros signos/síntomas del pene	Y73	Prostatitis/vesiculitis seminal
Y05	Otros signos/síntomas de escroto/testículos	Y74	Orquitis/epididimitis
Y06	Signos/síntomas prostáticos	Y75	Balanitis
Y07	Impotencia orgánica NE	Y76	Condiloma acuminado, hombre
Y08	Otros signos/síntomas de la función sexual, hombre	Y77	Neoplasias malignas de próstata
Y10	Infertilidad masculina	Y78	Otras neoplasias malignas de mama/genitales del hombre
Y13	Esterilización masculina	Y79	Neoplasias benignas inespecíficas de mama/genitales del varón
Y14	Otros métodos de planificación familiar masculina	Y80	Lesiones del aparato genital masculino
Y16	Signos/síntomas de mama, en el hombre	Y81	Fimosis/prepucio excesivo
Y24	Miedo a disfunción sexual, hombre	Y82	Hipospadias
Y25	Miedo a una enfermedad de transmisión sexual, en el hombre	Y83	Testículo no descendido
Y26	Miedo al cáncer del aparato genital del hombre	Y84	Otras anomalías congénitas genitales, hombre
Y27	Miedo a otras enfermedades del aparato genital del hombre	Y85	Hipertrofia prostática benigna
Y28	Incapacidad/minusvalía debida a enfermedad del aparato genital masculino	Y86	Hidrocele
Y29	Otros signos/síntomas del aparato genital del hombre	Y99	Otras enfermedades de la mama/aparato genital masculino

<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>	<b>Codigo CIAP</b>	<b>Motivo de consulta</b>
Z01	Pobreza/dificultades económicas	Z15	Pérdida/muerte de la pareja
Z02	Problemas de alimentos y agua	Z16	Problemas de relación con los hijos
Z03	Problemas de vivienda/vecindad	Z18	Problemas por enfermedad de los hijos
Z04	Problemas socioculturales	Z19	Pérdida/muerte de un hijo
Z05	Problemas ocupacionales/de trabajo	Z20	Problemas en relación con padres u otros familiares
Z06	Desempleo/paro	Z21	Problemas con la conducta de padres y otros familiares
Z07	Problemas de educación/formación	Z22	Problemas por enfermedad de padres u otros familiares
Z08	Problemas con el sistema bienestar/Seguridad Social	Z23	Pérdida/muerte de padres u otros familiares
Z09	Problemas legales	Z24	Problemas en relación con los amigos
Z10	Problemas con sistema sanitario	Z25	Problemas derivados de la violencia/agresiones
Z11	Problemas con el estar enfermo	Z27	Miedo a un problema social
Z12	Problemas de relación con la pareja	Z28	Incapacidad/minusvalía social
Z13	Problemas con la conducta de la pareja	Z29	Otros problemas sociales
Z14	Problemas por enfermedad de la pareja		