

EL SÍNDROME DE SHOCK EMOCIONAL Y EL SÍNDROME DE DISRUPCIÓN SOCIAL: NUEVAS PROPUESTAS DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.

Pedro Ruymán Brito Brito*

Enfermero. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.

Profesor Asociado en el Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

ene
revista de enfermería

Brito-Brito PR (2019).

El Síndrome de Shock Emocional y el Síndrome de Disrupción Social: nuevas propuestas de diagnósticos enfermeros.

Ene, 13(3).

Consultado de www.ene-enfermeria.org

FICHA DE TESIS

TÍTULO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA-I

UNIVERSIDAD: UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

DEPARTAMENTO: OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, PEDIATRÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, TOXICOLOGÍA, MEDICINA LEGAL Y FORENSE Y PARASITOLOGÍA

FECHA DE LECTURA: 04/03/2011

* CORRESPONDENCIA: RUYMANBRITO@GMAIL.COM

Resumen

NANDA-I sugiere el desarrollo y propuesta de nuevos diagnósticos de tipo síndrome. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y de corte analítico. Realizado con 188 pacientes de consultas enfermeras de Atención Primaria que fueron valorados y diagnosticados en el área psicosocial con ayuda del Cuestionario para el diagnóstico enfermero Psico-Social (CdePS). Objetivo: describir factores sociodemográficos y clínicos asociados a los diagnósticos CdePS “Síndrome de Shock Emocional” (SSE) y “Síndrome de Disrupción Social” (SDS) y clasificar dichos aspectos como factores relacionados, población de riesgo o condición asociada, además de realizar una propuesta de intervenciones acorde a la clasificación NIC. El diagnóstico SSE se asignó a un 25% de la muestra, mientras que el SDS, a un 16,5%. Para el SSE se hallaron 28 factores relacionados, 13 grupos de población en riesgo y 5 condiciones asociadas. Para el SDS, 36 factores relacionados, 8 grupos de población de riesgo y 5 condiciones asociadas. Se identificaron, además, 23 posibles intervenciones para el SSE y 21 para el SDS. Como conclusión principal se puede destacar el interés de incorporar ambas propuestas diagnósticas a la clasificación de NANDA-I en un área de tan compleja valora-

ción y abordaje como es la psicosocial. Se espera que nuevos estudios corroboren nuestros hallazgos y permitan, en esta misma línea, mejorar el nivel de evidencia de la clasificación internacional de diagnósticos enfermeros.

Palabras clave. Diagnóstico de Enfermería, Psicosocial, Síndrome, Terminología Normalizada de Enfermería.

Abstract.

Emotional Shock Syndrome and Social Disruption Syndrome: new proposals for nursing diagnoses. NANDA-I suggests the development and proposal of new syndrome type diagnoses. An observational, descriptive, transversal and analytical study was designed. The study was conducted with 188 patients from primary health care nursing practice that were assessed and diagnosed in the psychosocial area administering the Psycho-Social Nursing Diagnosis Questionnaire (PSndQ). Objective: to describe sociodemographic and clinical factors associated with the PSndQ diagnoses "Emotional Shock Syndrome" (ESS) and "Social Disruption Syndrome" (SDS) and to classify these aspects as related factors, risk population or associated condition. And proposing interventions according to the NIC classification. The ESS diagnosis was assigned to 25% of the sample, while the SDS was assigned to 16.5%. For the ESS, 28 related factors were found, 13 population groups at risk and 5 associated conditions. For the SDS, 36 related factors, 8 risk population groups and 5 associated conditions were found. In addition, 23 possible interventions for ESS and 21 for SDS were identified. The main conclusion is the need to incorporate both diagnostic proposals into the NANDA-I classification in an area

of such a complex assessment and approach as the psychosocial one. It is expected that new studies will corroborate our findings and allow, along the same line, to improve the level of evidence of the international classification of nursing diagnoses.

Keywords. Nursing Diagnosis, Psychosocial, Syndrome, Standardized Nursing Terminology.

INTRODUCCIÓN

Según NANDA-I, un síndrome es un “juicio clínico en relación con un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares”¹. Como características definitorias, un síndrome debe incluir, tal y como describe NANDA-I, al menos dos diagnósticos enfermeros que ya estén formando parte de la clasificación, de manera que tiene un impacto significativo sobre varias respuestas humanas. El diagnóstico de tipo síndrome puede contener, además, otras características definitorias resultantes de la evidencia disponible.

En la clasificación 2018-2020 de diagnósticos enfermeros de NANDA-I² existen trece diagnósticos de tipo síndrome, siete focalizados en problemas y seis de riesgo ([Cuadro 1](#)). Cuatro de ellos tienen nivel de evidencia inferior a 2.1, uno, de 2.2, y el resto, de 2.1. Cinco de los diagnósticos enfermeros de tipo síndrome serán retirados de la clasificación 2021-2023 si no se aportan estudios que mejoren su desarrollo y nivel de evidencia. Ocho de los trece diagnósticos pertenecen al dominio 9, Afrontamiento-Tolerancia a estrés, mientras que el resto pertenecen a los dominios de Promoción

de la Salud (dos), Nutrición (uno), Actividad-Reposo (uno) y Confort (uno). Los diagnósticos que pertenecen al dominio 9 se ubican en las clases 1 y 3, respuestas post-traumáticas y de estrés neuro-comportamental, respectivamente, pero no existen diagnósticos de tipo síndrome dentro de la clase 2, relacionada con las respuestas de afrontamiento. En dicha clase se encuentran etiquetas de orden emocional como ansiedad, temor, aflicción o impotencia, entre otras.

En general, problemas psicosociales como los mencionados son frecuentes en las consultas de Atención Primaria de Salud, siendo el diagnóstico enfermero en esta área un ejercicio complejo en la práctica clínica. Por este motivo se construyó y validó el Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicosocial (CdePS), como instrumento de ayuda a las enfermeras asistenciales^{3,6}. El CdePS es un cuestionario que facilita la identificación de hasta 28 etiquetas diagnósticas psicosociales, cuyo bloque mínimo de preguntas es 36, y el máximo de 61. En función de las respuestas del paciente se indican hasta diez saltos de preguntas. Las respuestas son de tipo Likert, con cuatro anclajes, y dicotómicas. El instrumento obtuvo buenas propiedades psicométricas en las pruebas realizadas de validez de contenido, cons-

tructo, criterio y fiabilidad, interna y externa, intra y entre-observadores, así como adecuada sensibilidad al cambio.

Se comprobaron numerosas asociaciones entre las etiquetas diagnósticas psicosociales. Es por ello por lo que se procedió a realizar un análisis multivariante, mediante la técnica de conformación de conglomerados jerárquicos, para configurar grupos homogéneos respecto a los diagnósticos enfermeros asignados por el CdePS⁷. De este modo, se obtuvieron dos agrupamientos principales, que se denominaron Síndrome de Shock Emocional (SSE) y Síndrome de Disrupción Social (SDS). El primero de ellos agrupó los diagnósticos enfermeros Estrés por sobrecarga, Ansiedad, Temor, Aflicción crónica, Impotencia y Baja autoestima situacional. El segundo, Deterioro de la interacción social, Aislamiento social, y Riesgo de soledad o Soledad. Éste último diagnóstico no se encuentra en la clasificación de NANDA-I, aunque sí forma parte del CdePS dadas sus diferencias conceptuales respecto a Aislamiento social, tal y como se ha discutido por parte de algunos autores⁸.

El objetivo de esta investigación fue describir los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la presencia de ambos síndromes, proponiendo cada uno de dichos factores, en función de

sus características, como factor relacionado, población de riesgo o condición asociada, de acuerdo con los componentes diagnósticos propuestos por NANDA-I en la última clasificación 2018-2020⁹. Seguidamente, se realizó una propuesta de intervenciones NIC¹⁰ dirigidas a la mejora de los factores relacionados identificados para cada síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y de corte analítico. La población de estudio fueron pacientes que acudieron a consultas de Enfermería en Atención Primaria en el Área de Salud de Tenerife, perteneciente al Servicio Canario de la Salud. La muestra utilizada fue la empleada en el proceso de validación del instrumento CdePS, resultado de una tesis doctoral realizada en la Universidad de La Laguna³. La investigación obtuvo el aval del Comité Ético del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La captación de pacientes se realizó tras explicar a cada uno de los candidatos la finalidad de su participación y obtener su consentimiento informado. Como criterio de inclusión se utilizó únicamente ser mayor de edad, excluyendo como posibles participantes a aquellas personas con trastorno psiquiá-

trico, cognitivo o de comunicación importantes, que le impidiera responder a las preguntas del cuaderno de recogida de datos. El tamaño de muestra necesario se estimó, con el objetivo de dotar al estudio de una potencia del 90%, alcanzando en las pruebas previstas coeficientes con una magnitud mínima relevante del 50% y un error deseable no mayor del 5%. Para ello, el requerimiento muestral inicial fue de 150 pacientes, elegidos, por conveniencia, entre quienes acudieron a las consultas de Atención Primaria de las enfermeras participantes. El reclutamiento se realizó entre marzo de 2009 y mayo de 2010 en 11 Zonas Básicas de Salud (sobre un total de 38 existentes en toda el Área) por parte de 45 profesionales de enfermería que tenían una media de edad de 36(27-45) años y de experiencia laboral de 14(8-21) años. Cada enfermera administró en consulta, a los pacientes seleccionados que aceptaron participar, el cuaderno de recogida de datos, haciendo un registro totalmente anonimizado mediante el empleo de codificación alfanumérica.

Para lograr el objetivo de esta investigación, analizar los factores asociados a la presencia del SSE y del SDS, se utilizaron las siguientes variables:

Sociodemográficas: código de identificación del sujeto; edad (en años); sexo (hombre, mujer); estado civil (soltero, casado o conviviente, separado o divorciado, viudo); número de hijos; número de convivientes en el hogar; vive solo (sí, no); vive con el cónyuge o pareja (sí, no); nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, formación profesional, universitarios); situación laboral (estudiante, trabajando, parado, labores domésticas, jubilado, discapacitado); creencias (católico practicante, católico no practicante, ateo, agnóstico, otra); ingresos económicos mensuales familiares (euros/mes) e ingresos económicos mensuales familiares por categorías (menos de 1000 euros, entre 1000 y 2000 euros, entre 2001 y 3000 euros, más de 3000 euros); relaciones familiares (sí, no); relaciones con amigos (sí, no); relaciones con vecinos (sí, no); es persona cuidadora (sí, no); se encuentra en situación de duelo por fallecimiento de un ser querido (sí, no).

De utilización de servicios y de salud: número de visitas a enfermería o medicina en el centro de salud durante el último año (datos extraídos por la enfermera participante de la historia de salud electrónica); hiperfrecuentación (sí, no, considerando como tal más de 8 visitas/año); discapacidad (sí, no) y tipo (cate-

gorizada según frecuencia); problema de salud mental diagnosticado (sí, no) y tipo (categorizado según frecuencia); tratamiento farmacológico prescrito para dicho problema (sí, no).

Se emplearon, como instrumentos complementarios en la recogida de datos de salud, el Índice Modificado de Comorbilidad de Charlson¹¹, el Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems adaptado al español¹² y la Escala de Sucesos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe con adaptación al español¹³. Cada una de las 16 variables de enfermedad recogidas en el Índice de Charlson se consideró individualmente como presente-ausente: enfermedad coronaria; insuficiencia cardíaca congestiva; enfermedad vascular periférica; enfermedad vascular cerebral; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; enfermedad del tejido conectivo; úlcera péptica; enfermedad hepática leve; diabetes; hemiplejía; enfermedad renal moderada-grave; diabetes con daño de órganos diana; tumor, leucemia o linfoma; enfermedad hepática moderada-grave; tumor sólido metastásico; SIDA. Cada una de las 28 respuestas, de tipo Likert con cuatro anclajes, dadas por los pacientes al Cuestionario de Salud General de Goldberg, fue categorizada como sí-no (afectación, no afectación) para el tratamiento

posterior de datos y análisis de asociaciones. Los 61 enunciados de la Escala de Sucesos Vitales Estresantes conformaron variables de respuesta sí-no. Por último, los 61 ítems del propio CdePS (5) fueron igualmente dicotomizados para reflejar un estado de afectación o no afectación respecto a cada enunciado.

Para determinar la presencia del SSE y del SDS se consideró necesaria la asignación por parte del CdePS, y como resultado de su administración a los pacientes, de al menos dos de los diagnósticos componentes de cada uno de los problemas, tal y como recomienda NANDA-I¹. De este modo, las características definitorias del SSE fueron los diagnósticos: Estrés por sobrecarga, Ansiedad, Temor, Aflicción crónica, Impotencia y Baja autoestima situacional. El SDS se consideró presente al asignar de manera conjunta los diagnósticos enfermeros Deterioro de la interacción social o Aislamiento social y Riesgo de soledad o Soledad.

Análisis estadístico: La descripción de la muestra se realizó empleando la frecuencia de categorías para las variables nominales y ordinales, y la media con desviación estándar, para las de escala de distribución normal, o mediana con percentiles 5 y 95 para aquellas de distribución no normal. Para el estudio

del análisis bivalente se utilizaron las pruebas T de Student o U de Mann-Whitney, según la normalidad en la distribución de las variables, para comparar una variable nominal de dos categorías en función de los resultados de otra variable de escala. En la comparación de frecuencias relativas entre variables nominales se utilizó el estadístico Chi-Cuadrado de Pearson. Todas las pruebas fueron bilaterales, con un nivel de significación estadística p menor a 0,05, y realizadas con ayuda del programa SPSS v. 21.0.

RESULTADOS

Participaron 188 pacientes (68% mujeres) con una media de edad de 50,3(\pm 16,2) años. Un 20,3% tenían 65 o más años. El 56% estaban casados o eran convivientes en pareja, 21% eran solteros, 12% separados o divorciados y el 11% viudos. Un 23% no tenía hijos, un 18% tenía un hijo, un 39% tenía dos y el resto, 20%, más de dos. El 28% vivía con una sola persona, un 25% con dos y un 25% con tres. Vivían solos el 13%, mientras que un 63%, con su cónyuge o pareja. Respecto al nivel de estudios, se distribuyó, en la muestra estudiada, como sigue: 5% sin ningún tipo de estudios, 15% sabían leer o escribir, 27% con estudios primarios, 16% con estudios secundarios, 22% con título de formación profesional y 16% universitarios. Sobre la situación laboral, encontramos que un 47% de los participantes trabajaban, 20% eran jubilados, 15% desempleados y 13% dedicados a labores domésticas. Así mismo, el 60% se declaró católico no practicante, 26% practicantes, y un 10% repartido entre agnósticos y ateos. La mediana en cuanto a ingresos económicos en el hogar fue de 1500(436-4463) euros/mes, con un 26% de familias en el rango de menos de 1000 euros/mes y un 39% en el de más de 3000. La mediana en renta per cápita, resultante de dividir

la cantidad de ingresos familiares entre el número de convivientes, fue de 600(157-1980) euros/mes. Solamente un 3% de la muestra participante no mantenía sus relaciones familiares. Un 10% no mantenía relaciones de amistad, y un 36%, de vecindad. El 53% era cuidador de algún familiar (hijos, nietos o personas dependientes) y un 23% había vivido la pérdida de un ser querido durante el último año o refirió seguir sufriendo por alguna pérdida anterior.

La frecuentación a consultas de Atención Primaria se situó en 10(1-15) visitas/año, con un 34% de pacientes hiperfrecuentadores. Un 11% del total presentó algún tipo de discapacidad, siendo las más habituales los problemas de deambulación (20%) y los visuales (15%). El 22% de la muestra refirió tener diagnosticado algún problema de salud mental, siendo los más frecuentes la ansiedad (44%) y la depresión (42%), y estando con tratamiento farmacológico un 63% de los diagnosticados.

Los problemas de salud más prevalentes en la muestra, según el Índice de Comorbilidad de Charlson, fueron: enfermedad vascular periférica (16,9%); diabetes (10,4%); y enfermedad coronaria (8,2%). Entre los aspectos considerados en el Cuestionario de Salud General de Goldberg, los más frecuentes resulta-

ron: “dificultades para dormir de un tirón toda la noche” (40,8%); “notarse constantemente agobiado y en tensión” (36,5%); y “sentirse con los nervios a flor de piel y malhumorado” (35,4%). Los sucesos vitales estresantes más comunes, según la Escala de Holmes y Rahe, fueron: “fiestas de navidad y reyes” (42,5%); “cambios en el ritmo de sueño” (33,5%); y “enfermedad o mejoría de enfermedad de un miembro cercano a la familia” (29,1%). Los enunciados del CdePS que mostraron mayor afectación fueron: “percepción de agobio (estrés)” (41,5%); “preocupaciones importantes” (37,8%); e “incumplimiento del ejercicio físico” (32,3%).

El diagnóstico SSE se asignó a un 25% de la muestra, mientras que el SDS, a un 16,5%. La frecuencia de características definitorias que se identificaron para ambos problemas se presenta en la [Tabla 1](#). Para el SSE las más prevalentes fueron Temor, Estrés por sobrecarga e Impotencia y para el SDS, Soledad y Aislamiento social.

Los resultados del análisis bivariable, realizado para determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la presencia de ambos síndromes, se exponen en la [Tabla 2](#) y [Tabla 3](#). Cada factor asociado de manera signifi-

cativa se ubicó dentro de cada síndrome, de acuerdo a su correspondencia con la definición de los distintos componentes diagnósticos: factor relacionado, población de riesgo o condición asociada. Así, para el SSE se encontraron 28 factores relacionados, 13 grupos de población de riesgo y 5 condiciones asociadas. Para el SDS, 36 factores relacionados, 8 grupos de población de riesgo y 5 condiciones asociadas.

En la [Tabla 4](#) y [Tabla 5](#) se presenta la propuesta de intervenciones NIC para los factores relacionados, etiológicos, con ambos síndromes psicossociales. Se identificaron 23 intervenciones posibles para el SSE y 21 para el SDS.

DISCUSIÓN

El proceso de validación del CdePS ha producido como resultado, además de un instrumento válido, fiable y fácil de usar para enunciar diagnósticos enfermeros psicossociales, dos nuevas propuestas diagnósticas de tipo síndrome, SSE y SDS, realizadas a partir de un análisis multivariante con técnica de conglomerados jerárquicos. De este modo, se agruparon de manera homogénea, dentro de cada síndrome, un conjunto de diagnósticos enfermeros asignados por el CdePS, que se configuran como las características definitorias de estas nuevas propuestas diagnósticas.

En la presente investigación, se han determinado los componentes diagnósticos necesarios, según expone NANDA-I¹, que se asociaron a dichos síndromes en forma de factores relacionados, población de riesgo o condiciones asociadas, así como las intervenciones pertinentes para cada problema. Estas intervenciones van dirigidas primeramente a la resolución de los factores relacionados, tal y como sugiere NANDA-I¹⁴. En caso de no ser esto posible, las intervenciones se dirigirían hacia las características definitorias, es decir, hacia el manejo de los síntomas.

Quedaría aún por formular una definición para cada síndrome. En este

sentido, sugerimos como definición de SSE la siguiente: “Estado emocional dinámico y cambiante de forma periódica que dificulta las actividades de la vida diaria de la persona y se manifiesta mediante la percepción continuada de peligros o amenazas para la salud con pérdida de su control, y sentimientos de agobio, angustia, tristeza o poca valía”. Para el SDS proponemos: “Déficit percibido de afecto y compañía familiar o social que genera un distanciamiento disfuncional respecto al entorno, y se manifiesta con insatisfacción, por parte de la persona que lo vive, para las relaciones sociales”.

Las dos propuestas diagnósticas, SSE y SDS, se encuadran, a priori, en el nivel de evidencia 3.2 de NANDA-I, bajo el cual se cumplen los criterios del nivel 2.2 o análisis conceptual, que ha sido realizado y discutido en los trabajos anteriores que permitieron producir ambos conglomerados^{3,6}. El nivel citado 3.2 corresponde a estudios clínicos fundamentados, en los cuales los sujetos son los pacientes, con validación y puesta a prueba en muestras no aleatorias, y relacionados con el diagnóstico, pero no generalizables a la población⁹.

Las características de la muestra empleada coinciden con las de pacientes de otros estudios realizados con pobla-

ción que asiste habitualmente a los centros de Atención Primaria y en los que se han hecho inferencias de resultados al resto de la población española¹⁵. Ello nos permite considerar válidos en nuestra muestra los datos de prevalencia del SSE, presente en uno de cada cuatro pacientes participantes en el estudio, y del SDS, identificado en casi uno de cada cinco casos.

Más de la mitad de las personas diagnosticadas de SSE manifestaron temor, estrés, impotencia o ansiedad, siendo características mayores las dos primeras, al estar presentes en más del 80% de casos ([Tabla 1](#)) y atendiendo a los criterios clásicos de consideración de relevancia respecto a las características definitorias de NANDA-I¹⁶. Se sabe que el estrés se relaciona fuertemente con la ansiedad y que además ambos factores incrementan el riesgo de padecer enfermedades físicas como los eventos cardiovasculares¹⁷. Dicha sintomatología, asociada al miedo y a la percepción de incapacidad para controlar la situación de salud, representa un hándicap emocional importante que merma la calidad de vida a nivel psicosocial. Algo más de la mitad de los casos de SSE se diagnosticaron con 2 o 3 características definitorias presentes. En cuanto a los factores relacionados, se identificó un número

importante a partir del estudio de correlaciones con las variables incluidas en la investigación. Estos factores son abordables mediante intervenciones enfermeras específicas ([Tabla 4](#)) que permitirían mitigar la gravedad del SSE o resolverlo. Así mismo, la identificación de la población de riesgo y de las condiciones asociadas permite determinar a los pacientes más susceptibles de padecer el problema y anticiparse a su valoración y abordaje. Es reseñable destacar que las personas con aislamiento social (característica del diagnóstico SDS) padecen con más frecuencia SSE.

Respecto al SDS, alrededor de siete de cada diez casos manifestaron soledad o aislamiento social ([Tabla 1](#)), siendo éstas las características definitorias más prevalentes para este síndrome. Entre las poblaciones de riesgo es destacable el grupo de personas que han vivido la pérdida reciente de un ser querido, familiar cercano o amigo ([Tabla 3](#)). El aislamiento social en personas mayores sumado a una sintomatología emocional depresiva como ansiedad, baja autoestima, tristeza o desesperanza, y a la existencia de complicaciones en el proceso de duelo, se configuran como factores asociados con el riesgo de suicidio¹⁸. Por ello, parece clave identificar a la población más vulnerable a

padecer SDS en función de aspectos importantes como la inactividad laboral, la escasez de apoyo social-familiar o las pérdidas recientes, con el objetivo de planificar intervenciones enfermeras de manera individualizada que sean prioritarias y ajustadas a los factores relacionados con el diagnóstico en cada caso, como por ejemplo Facilitar el duelo o Prevención del suicidio.

Nuestro estudio no está exento de limitaciones. La primera de ellas es la muestra utilizada. Se trata de pacientes que acuden habitualmente a consultas enfermeras de Atención Primaria. Por ello, la investigación de los fenómenos a estudio, el SSE y el SDS, está limitada a dicha población, pudiendo quedar fuera otros grupos importantes de personas que podrían experimentar ambos problemas y manifestar las características en diferente medida. Por ejemplo, la población adulta joven que no suele acudir a estos servicios o los pacientes confinados que por dificultades funcionales requieren atención domiciliaria. Justamente, este segundo perfil de personas, que suelen tener avanzada edad y/o problemas cognitivos, podrían experimentar más frecuentemente tanto el SSE como el SDS. El tamaño muestral igualmente podría incrementarse y el tipo de muestreo, dados los posibles sesgos de

selección comentados, podría realizarse mediante otros procedimientos de aleatorización de casos. Otra limitación sería la inexistencia respecto a la comprobación de la efectividad de las intervenciones propuestas para el abordaje de estos problemas. Nuevos estudios en esta misma línea de investigación permitirían comprobar la mejora del SSE y del SDS, alcanzada por los pacientes tras las intervenciones enfermeras sugeridas.

Como conclusión principal, podemos decir que el estudio realizado es avalado por una necesidad descrita por NANDA-I en cuanto a la realización de propuestas diagnósticas, la de definir y aportar nuevos diagnósticos de tipo síndrome, conformados por conjuntos, o conglomerados, de diagnósticos enfermeros. Además, creemos que realizar este ejercicio en el área psicosocial puede beneficiar a la identificación de estos problemas en la labor habitual de las enfermeras asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) NANDA International. The structure and development of syndrome diagnoses [Internet]. Wisconsin: NANDA-I (US); 2015 [actualizado 15 jun 2015; citado 22 abr 2019]. Disponible en: <http://www.nanda.org/nanda-i-resources/position-statement/>
- (2) NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. 11th ed [e-book]. New York: Thieme; 2018.
- (3) Brito Brito PR. Diseño y validación de un cuestionario para la detección y valoración de problemas psicosociales de la clasificación de diagnósticos enfermeros NANDA-I [tesis doctoral]. Santa Cruz de Tenerife, España: Universidad de La Laguna; 2011. 536 p.
- (4) Brito Brito PR, Rodríguez Álvarez C, Sierra López A, Rodríguez Gómez JA, Aguirre Jaime A. Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enferm Clin*. 2012;22(3):126-34.
- (5) Brito Brito PR, Rodríguez Álvaro M, García Hernández AM, Hernández Pérez RS, Sicilia Sosvilla I, Aguirre Jaime A. El Cuestionario para el diagnóstico enfermero psico-social, CdePS. Qué es y cómo se utiliza. *Ene*. 2012;6(2):11-23.
- (6) Brito Brito PR, Aguirre Jaime A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (7) Brito Brito PR, Aguirre Jaime A. Asociaciones entre etiquetas del CdePS. En: Brito Brito PR, Aguirre Jaime A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 270-310.
- (8) ElSadr CB, Noureddine S, Kelley J. Concept analysis of loneliness with implications for nursing diagnosis. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20(1):25-33.
- (9) Herdman TH, Kamitsuru S, editors. Changes and Revisions [part 1]. Introduction of At-Risk Populations and Associated Conditions [chapt 3]. En: NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. 11th ed [e-book]. New York: Thieme; 2018.
- (10) Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2018.
- (11) Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(11):1245-51.
- (12) Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16(1):135-40.
- (13) González de Rivera y Revuelta JL, Morera Fumero A. La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*. 1983;4(1):7-11.
- (14) NANDA International. An important clarification on behalf of the NANDA-I board of directors [Internet]. Wisconsin: NANDA-I (US); 2019 [actualizado 25 feb 2019; citado 26 abr 2019]. Disponible en: <http://www.nanda.org/2019/02/25/an-important-clarification-on-behalf-of-the-nanda-i-board-of-directors/>
- (15) Brito Brito PR, Aguirre Jaime A. Producción de datos para las pruebas. En: Brito Brito PR, Aguirre Jaime A. El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 168-180.
- (16) NANDA. Diagnósticos de Enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificación 1992-1993. Barcelona: Mosby/Doyma; 1993. p. 10.
- (17) Proietti R, Mapelli D, Volpe B, Bartoletti S, Sagone A, Dal Bianco L, Daliento L. Mental stress and ischemic heart disease: evolving awareness of a complex association. *Future Cardiol*. 2011;7(3):425-37.
- (18) Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging*. 2002;19(1):11-24.

TABLAS Y ANEXOS

Cuadro 1. Diagnósticos enfermeros de tipo síndrome incluidos en la clasificación 2018-2020 de NANDA Internacional.

Dominio	Etiqueta diagnóstica (código)	Incorporado, año (revisiones)	NdE
1	Síndrome de fragilidad del anciano (00257)	2013 (2017)	2.1
1	Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano (00231)	2013 (2017)	2.1
2	Riesgo de síndrome de desequilibrio metabólico	2016	2.1
4	(00263)	1988 (2013, 2017)	<2.1
9	Riesgo de síndrome de desuso (00040)	1986 (1998, 2010,	2.1
9	Síndrome postraumático (00141)	2017)	2.1
9	Riesgo de síndrome postraumático (00145)	1998 (2013, 2017)	<2.1
9	Síndrome del trauma post violación (00142)	1980 (1998, 2017)	<2.1
9	Síndrome de estrés del traslado (00114)	1992 (2000, 2017)	<2.1
9	Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149)	2000 (2013, 2017)	2.1
9	Síndrome agudo de retirada de sustancias (00258)	2016	2.1
9	Riesgo de síndrome agudo de retirada de sustancias	2016	2.1
12	(00259)	2016	2.2
	Síndrome de abstinencia neonatal (00264)	2013	
	Síndrome de dolor crónico (00255)		

NdE: Nivel de Evidencia.

Tabla 1. Prevalencia de características definitorias para el Síndrome de Shock Emocional y el Síndrome de Disrupción Social.

Síndrome de Shock Emocional (n=47)		Síndrome de Disrupción Social (n=31)	
Característica Definitoria	%(n)	Característica Definitoria	%(n)
Temor	95,7 (45)	Soledad	74,2(23)
Estrés por sobrecarga	80,9 (38)	Aislamiento social	67,7(21)
Impotencia	65,9 (29)	Deterioro de la interacción social	32,3(10)
Ansiedad	51,1(24)	Riesgo de soledad	25,8(8)
Baja autoestima situacional	40,9(18)		
Aflicción crónica	23,4(11)		
Nº de Características Definitorias	%(n)	Nº de Características Definitorias	%(n)
2	34(16)	2	100(31)
3	19,1(9)		
4	21,3(10)		
5	12,8(6)		
6	12,8(6)		

Tabla 2. Diferencias en las características de los pacientes respecto a la asignación de la etiqueta Síndrome de Shock Emocional.

Característica	Se asigna la etiqueta Síndrome de Shock Emocional		p
Factores relacionados			
Percepción de mala salud y baja forma física Sí / No (%)	41,1	18,7	0,001*
Resolución esperada de problemas de salud No / Sí (%)	60,9	20,0	<0,001*
Dificultades para seguir tratamiento farmacológico Sí / No (%)	100,0	23,0	0,001*
Cambios en costumbres alimenticias o de apetito Sí / No (%)	41,5	21,7	0,012*
Ejercicio físico prescrito Sí / No (%)	29,9	17,5	0,051*
Necesita más tiempo para hacer las actividades diarias Sí / No (%)	51,1	17,1	<0,001*
Cambios en el ritmo de sueño Sí / No (%)	40,0	19,3	0,003*
Preocupaciones que le hacen perder el sueño Sí / No (%)	47,5	14,4	<0,001*
Labilidad emocional tras pérdida de ser querido Sí / No (%)	66,7	20,8	<0,001*
Pérdida de esperanza Sí / No (%)	60,0	22,1	0,003*
Disconfort con el aspecto físico o personal Sí / No (%)	45,0	18,8	0,001*
Percepción de agobio y tensión continuados Sí / No (%)	52,3	10,6	<0,001*
Sentimientos de miedo o pánico sin causa aparente Sí / No (%)	52,0	20,9	0,001*
Incapacidad para disfrutar de actividades normales diarias Sí / No (%)	52,1	15,7	<0,001*
Pensamientos de poca valía personal Sí / No (%)	68,2	20,1	<0,001*
Dificultades para la vida diaria por pérdida de ser querido Sí / No (%)	63,6	22,9	0,006*
Percepción de soledad Sí / No (%)	54,3	17,4	<0,001*
Dificultad para nuevas relaciones sociales Sí / No (%)	45,2	21,0	0,005*

Cansancio como cuidador Sí / No (%)	46,9	20,1	0,001*
Autoconfianza para lograr lo que se desea No / Sí (%)	56,7	19,2	<0,001*
Dificultades para hacer frente a problemas de salud Sí / No (%)	58,8	21,6	0,002*
Insatisfacción con el modo de hacer las cosas Sí / No (%)	46,2	22,8	0,013*
Percepción de no hacer, en su conjunto, las cosas bien Sí / No (%)	47,4	23,1	0,047*
Incapacidad para tomar decisiones Sí / No (%)	61,9	21,3	<0,001*
Sentimiento de no desempeñar un papel útil en la vida Sí / No (%)	52,0	21,9	0,001*
Pensamientos de "quitarse de en medio" Sí / No (%)	85,7	22,8	0,001*
Deseos de estar muerto y lejos de todo Sí / No (%)	83,3	21,6	<0,001*
Ideas repentinas de quitarse la vida Sí / No (%)	84,2	19,1	<0,001*
Población de riesgo			
Convivencia en pareja No / Sí (%)	33,3	20,3	0,048*
Situación laboral activa No / Sí (%)	31,3	18,0	0,035*
Ingresos económicos bajos en el hogar Sí / No (%)	35,4	21,4	0,053*
Sucesos vitales estresantes Sí / No (puntos escala Holmes)	168(35-616)	133(0-362)	0,044**
Embarazo no deseado Sí / No (%)	75,0	25,1	0,056*
Dificultades en la educación de los hijos Sí / No (%)	50,0	23,6	0,023*
Cambio en opiniones políticas Sí / No (%)	66,7	24,9	0,042*
Apoyo de familia/amigos para mantener la salud No / Sí (%)	46,4	20,8	0,004*
Capacidad para rehacer vida tras pérdida de ser querido No / Sí (%)	57,1	21,8	0,007*
Aislamiento social Sí / No (%)	53,3	22,5	0,013*
Carencia afectiva Sí / No (%)	65,2	18,6	<0,001*

Falta de contacto con personas o cosas importantes Sí / No (%)	50,0	22,4	0,045*
Situaciones que afectan a los principios o valores Sí / No (%)	52,6	21,2	0,008*
Condiciones asociadas			
Enfermedad prolongada Sí / No (%)	41,5	21,7	0,012*
Hiperfrecuentación Sí / No (visitas/año al centro de salud)	6(0-24)	4(0-42)	0,026**
Tratamiento farmacológico prescrito Sí / No (%)	30,4	14,3	0,016*
Problema de salud mental diagnosticado Sí / No (%)	53,7	17,1	<0,001*
Enfermedad vascular cerebral Sí / No (%)	75,0	24,6	0,053*

*Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. **Medianas (P₅-P₉₅) comparadas con la prueba U de Mann-Whitney. En *cursiva* aquellos valores p cercanos a 0,050.

Tabla 3. Diferencias en las características de los pacientes respecto a la asignación de la etiqueta Síndrome de Disrupción Social.

Característica	Se asigna la etiqueta Síndrome de Disrupción Social		p
Factores relacionados			
Descuido de la propia salud Sí / No (%)	31,8	11,8	0,002*
Percepción de falta de control sobre la propia salud Sí / No (%)	34,3	12,8	0,002*
Percepción de mala salud y baja forma física Sí / No (%)	26,8	13,0	0,024*
Escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito Sí / No (%)	60,0	15,3	0,032*
Dificultades para seguir tratamiento farmacológico Sí / No (%)	60,0	15,3	0,032*
Resolución esperada de problemas de salud No / Sí (%)	34,8	13,9	0,030*
Percepción de peligro o amenaza para la salud Sí / No (%)	41,7	12,8	0,001*
Percepción de no hacer, en su conjunto, las cosas bien Sí / No (%)	42,1	14,1	0,006*
Insatisfacción con el modo de hacer las cosas Sí / No (%)	38,5	13,4	0,004*
Dificultades para actividades diarias debidas a la angustia Sí / No (%)	47,6	12,6	<0,001*
Dificultades para actividades diarias debidas a la tristeza Sí / No (%)	36,4	14,2	0,015*
Necesita más tiempo para hacer las actividades diarias Sí / No (%)	36,2	10,1	<0,001*
Cambios en el ritmo de sueño Sí / No (%)	25,0	13,4	0,054*
Preocupaciones que le hacen perder el sueño Sí / No (%)	26,2	12,7	0,023*
Labilidad emocional tras pérdida de ser querido Sí / No (%)	50,0	13,1	0,001*
Preocupaciones percibidas como importantes Sí / No (%)	26,8	10,3	0,003*
Sentimientos recurrentes de tristeza Sí / No (%)	43,4	5,9	<0,001*
Pérdida de esperanza Sí / No (%)	46,7	14,0	0,004*

Sentimientos de poca valía personal Sí / No (%)	60,9	10,6	<0,001*
Percepción de impotencia Sí / No (%)	40,0	8,3	<0,001*
Discomfort con el aspecto físico o personal Sí / No (%)	32,5	12,5	0,003*
Percepción de agobio y tensión continuados Sí / No (%)	32,3	8,8	<0,001*
Incapacidad para disfrutar de actividades normales diarias Sí / No (%)	35,4	9,4	<0,001*
Sentimientos de que la vida no merece la pena Sí / No (%)	58,8	12,7	<0,001*
Sentimientos de angustia, ansiedad Sí / No (%)	41,2	7,3	<0,001*
Falta de apoyo para afrontar la pérdida de un ser querido Sí / No (%)	57,1	15,1	0,016*
Cansancio como cuidador Sí / No (%)	28,1	13,6	0,043*
Problemas para mantenerse ocupado y activo Sí / No (%)	36,8	14,1	0,020*
Estrés Sí / No (%)	25,6	10,0	0,004*
Dificultades para hacer frente a problemas de salud Sí / No (%)	41,2	14,0	0,010*
Autoconfianza para lograr lo que se desea No / Sí (%)	53,3	9,6	<0,001*
Incapacidad para tomar decisiones Sí / No (%)	52,4	12,3	<0,001*
Sentimiento de no desempeñar un papel útil en la vida Sí / No (%)	40,0	13,2	0,003*
Pensamientos de "quitarse de en medio" Sí / No (%)	85,7	13,8	<0,001*
Deseos de estar muerto y lejos de todo Sí / No (%)	66,7	13,6	<0,001*
Ideas repentinas de quitarse la vida Sí / No (%)	57,9	12,1	<0,001*
Población de riesgo			
Situación laboral activa No / Sí (%)	24,2	7,9	0,003*
Ausencia de relaciones familiares Sí / No (%)	60,0	15,4	0,033*
Dificultades en la educación de los hijos Sí / No (%)	38,9	14,9	0,019*

Muerte de un familiar cercano Sí / No (%)	28,6	14,6	0,050*
Muerte de un amigo Sí / No (%)	39,1	14,1	0,007*
Problemas con vecino o familiares que no viven en la casa Sí / No (%)	32,1	14,6	0,032*
Situaciones o problemas que afectan a la valía personal Sí / No (%)	50,0	10,3	<0,001*
Situaciones que afectan a los principios o valores Sí / No (%)	42,1	13,9	0,005*
Condiciones asociadas			
Problema de salud mental diagnosticado Sí / No (%)	29,3	13,0	0,013*
Enfermedad coronaria Sí / No (%)	40,0	14,9	0,024*
Enfermedad hepática moderada-severa Sí / No (%)	100,0	16,0	0,028*
Dificultades sexuales Sí / No (%)	40,0	15,2	0,026*
Tratamiento farmacológico prescrito Sí / No (%)	20,8	7,9	0,025*

*Frecuencias relativas comparadas con la prueba χ^2 de Pearson. En *cursiva* aquellos valores p cercanos a 0,050.

Tabla 4. Intervenciones NIC propuestas para el abordaje de los factores relacionados del Síndrome de Shock Emocional.

Factores relacionados con el Síndrome de Shock Emocional	Propuesta de intervenciones NIC (código)
Percepción de mala salud y baja forma física	Entrenamiento en salud (5305)
Resolución esperada de problemas de salud	
Dificultades para seguir tratamiento farmacológico	Manejo de la medicación (2380)
Cambios en costumbres alimenticias o de apetito	Manejo de la nutrición (1100)
Ejercicio físico prescrito	Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)
Necesita más tiempo para hacer las actividades diarias	Potenciación de las aptitudes para la vida diaria (5326)
Cambios en el ritmo de sueño	Mejorar el sueño (1850)
Preocupaciones que le hacen perder el sueño	
Labilidad emocional tras pérdida de ser querido	Control del estado de ánimo (5330)
Pérdida de esperanza	Dar esperanza (5310)
Disconfort con el aspecto físico o personal	Mejora de la imagen corporal (5220)
Percepción de agobio y tensión continuados	Disminución de la ansiedad (5820)
Sentimientos de miedo o pánico sin causa aparente	Apoyo emocional (5270) Técnica de relajación (5880)
Incapacidad para disfrutar de actividades normales diarias	Ayuda en la modificación de sí mismo (4470) Elogio (4364)
Insatisfacción con el modo de hacer las cosas	
Percepción de no hacer, en su conjunto, las cosas bien	
Sentimiento de no desempeñar un papel útil en la vida	
Pensamientos de poca valía personal	Potenciación de la autoestima (5400)
Dificultades para la vida diaria por pérdida de ser querido	Facilitar el duelo (5290)
Percepción de soledad	Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
Dificultad para nuevas relaciones sociales	Potenciación de la socialización (5100)
Cansancio como cuidador	Apoyo al cuidador (7040)
Autoconfianza para lograr lo que se desea	Mejora de la autoconfianza (5395)
Dificultades para hacer frente a problemas de salud	Mejorar el afrontamiento (5230) Entrenamiento en salud (5305)
Incapacidad para tomar decisiones	Apoyo en la toma de decisiones (5250)
Pensamientos de “quitarse de en medio”	Prevención del suicidio (6340)
Deseos de estar muerto y lejos de todo	

Ideas repentinas de quitarse la vida

Tabla 5. Intervenciones NIC propuestas para el abordaje de los factores relacionados del Síndrome de Disrupción Social.

Factores relacionados con el Síndrome de Disrupción Social	Propuesta de intervenciones NIC (código)
Descuido de la propia salud	Entrenamiento en salud (5305) Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
Percepción de falta de control sobre la propia salud	
Percepción de mala salud y baja forma física	
Resolución esperada de problemas de salud	
Dificultades para hacer frente a problemas de salud	
Percepción de peligro o amenaza para la salud	Manejo de la medicación (2380)
Escasa adherencia al tratamiento farmacológico prescrito	
Dificultades para seguir tratamiento farmacológico	
Percepción de no hacer, en su conjunto, las cosas bien	Ayuda en la modificación de sí mismo (4470) Elogio (4364)
Insatisfacción con el modo de hacer las cosas	
Sentimiento de no desempeñar un papel útil en la vida	
Incapacidad para disfrutar de actividades normales diarias	
Dificultades para actividades diarias debidas a la angustia	Potenciación de las aptitudes para la vida diaria (5326)
Dificultades para actividades diarias debidas a la tristeza	
Necesita más tiempo para hacer las actividades diarias	
Cambios en el ritmo de sueño	Mejorar el sueño (1850)
Preocupaciones que le hacen perder el sueño	
Labilidad emocional tras pérdida de ser querido	Control del estado de ánimo (5330) Apoyo emocional (5270)
Sentimientos recurrentes de tristeza	
Preocupaciones percibidas como importantes	Reestructuración cognitiva (4700)
Pérdida de esperanza	Dar esperanza (5310)
Sentimientos de que la vida no merece la pena	
Sentimientos de poca valía personal	Potenciación de la autoestima (5400)
Percepción de impotencia	Mejora de la autoconfianza (5395)
Disconfort con el aspecto físico o personal	Mejora de la imagen corporal (5220)
Sentimientos de angustia, ansiedad	Disminución de la ansiedad (5820)

Percepción de agobio y tensión continuados	Disminución de la ansiedad (5820)
Falta de apoyo para afrontar la pérdida de un ser querido	Facilitar el duelo (5290)
Cansancio como cuidador	Apoyo al cuidador (7040)
Problemas para mantenerse ocupado y activo	Terapia de actividad (4310)
Estrés	Mejorar el afrontamiento (5230)
Autoconfianza para lograr lo que se desea	Mejora de la autoconfianza (5395)
Incapacidad para tomar decisiones	Apoyo en la toma de decisiones (5250)
Pensamientos de "quitarse de en medio"	Prevención del suicidio (6340)
Deseos de estar muerto y lejos de todo	
Ideas repentinas de quitarse la vida	
Preocupaciones que le hacen perder el sueño	