



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017/2018

TRABALLO FIN DE GRADO

**Ataxia espinocerebelosa 36: Plan de
Cuidados a propósito de un caso**

Alumna: María Pérez Santos

Tutora: Herminia Ramil Pernas

Presentación del trabajo: Junio/2018

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

ÍNDICE

RESUMEN	2
RESUMO	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
DESARROLLO	12
Descripción del caso.....	13
Valoración de Enfermería	13
Desarrollo Plan de Cuidados	18
Evolución Plan de Cuidados	25
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	26
CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES	27
AGRADECIMIENTOS.....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXO I	31
ANEXO II	32
ANEXO III	33
ANEXO IV	34
ANEXO V.....	34
ANEXO VI.....	37

RESUMEN

Introducción: La ataxia espinocerebelosa tipo 36 (SCA 36) es la denominada Ataxia da Costa da Morte, una enfermedad heredodegenerativa lentamente progresiva. Requiere un enfoque terapéutico multidisciplinar para garantizar una atención individual adaptada al estado y situación de cada paciente.

Objetivo: Establecer un plan de cuidados individualizado a un paciente con Ataxia da Costa da Morte utilizando las taxonomías NANDA ¹, NOC ², NIC. ³

Desarrollo: Se realizó un plan de cuidados individualizado, siguiendo el modelo de M. Gordon ⁴, y estableciendo las taxonomías NANDA, NOC y NIC, para constituir los diagnósticos de enfermería, los resultados y las actividades enfermeras.

Discusión y conclusiones: Los planes de cuidados son herramientas eficaces para poder llevar a cabo todo el proceso enfermero. En este caso, al tratarse de una enfermedad degenerativa, el plan debe ser individual, depende de la situación actual del paciente y de las variantes que pueden presentar diferentes pacientes en la misma situación.

Palabras clave: “Ataxia da Costa da Morte”, “SCA36”, “heredodegenerativa”, “Plan de cuidados individualizado”.

RESUMO

Introducción: A ataxia espinocerebelosa tipo 36 (SCA 36) é a chamada Ataxia da Costa da Morte, unha enfermidade heredodexenerativa lentamente progresiva. Require un enfoque terapéutico multidisciplinario para garantir unha atención individual adaptada ao estado do doente.

Obxetivos: Establecer un plan de coidados individualizado a un paciente con Ataxia da Costa da Morte utilizando as taxonomías NANDA, NOC, NIC.

Desenvolvimento: Realizouse un plan de cuidados individualizado, seguindo o modelo de M. Gordon, establecendo as taxonomías NANDA, NOC, NIC, para constituir os diagnósticos de enfermaría, resultados e as actividades enfermeiras.

Discusión e conclusións: Os plans de cuidados son ferramentas eficaces para poder levar a cabo todo o proceso enfermeiro. Neste caso, ao tratarse dunha enfermidade dexenerativa, o plan debe ser individual, depende da situación do paciente, e das variantes que poda presentar diversos doentes na mesma situación.

Palabras clave:“Ataxia da Costa da Morte”, “SCA36”, “heredodexenerativa”, “Plan de cuidados individualizado”.

ABSTRACT

Introdución: Spinocerebellar ataxia type 36 (SCA 36) is called Ataxia da Costa da Morte, is a slowly progressive degenerative disease. It requires a multidisciplinary therapeutic approach, it must guarantee an individual attention adapted to the condition and situation of each patient.

Objectives: Establish an individualized care plan for a patient with Ataxia da Costa da Morte using the taxonomies NANDA, NOC, NIC.

Development: An individualized care plan was developed, following the model of M. Gordon, and establishing the NANDA, NOC and NIC taxonomies, to constitute the nursing diagnoses, the results and the nursing activities.

Discussion and Conclusions: Care plans are effective tools to carry out the entire nursing process. In this case, being a degenerative disease, the plan must be individual, since it depends on the current situation of the patient, and the variants that different patients may present in the same situation.

Key words: "Ataxia da Costa da Morte", "SCA36", "hereditary degeneration", "Individualized care plan".

INTRODUCCIÓN

La elección de esta situación clínica, es debido a la incidencia de la Ataxia da Costa da Morte, una enfermedad poco conocida y estudiada que afecta mayoritariamente a personas de esta zona de Galicia.

La palabra “Ataxia” viene del griego que significa sin orden, abarca una serie de trastornos en la coordinación del movimiento cuya etiología puede ser de origen cerebeloso y/o propioceptivo. Este grupo de patologías se enmarca en el contexto de dos grandes categorías: las ataxias adquiridas y las hereditarias. El cerebelo, como órgano de la coordinación, es el principal agente involucrado en este tipo de trastornos. ⁵

En el año 1980, Anita Harding clasificó las ataxias de herencia autosómica dominante (ADCA), comenzaron a identificarse los primeros loci cromosómicos de algunas ADCA en 1990, y este acrónimo da paso a SCA (spinocerebellar ataxias), utilizándose actualmente para designar un grupo heterogéneo de trastornos degenerativos, que tienen en común el incluir ataxia entre sus manifestaciones clínicas relevantes y heredarse siguiendo un patrón autosómico dominante. ⁶

El patrón de herencia autosómica dominante es consecuencia de que el alelo alterado predomina sobre el normal y basta una sola copia anómala para que se exprese la enfermedad. Al ser autosómico, el gen se encuentra en uno de los 22 pares de cromosomas no sexuales, o autosomas, pudiendo afectar con igual probabilidad a hijos e hijas. El alelo alterado pudo haberse heredado tanto del padre como de la madre. Normalmente se da en todas las generaciones de una familia. ^{7 8} (figura 1)

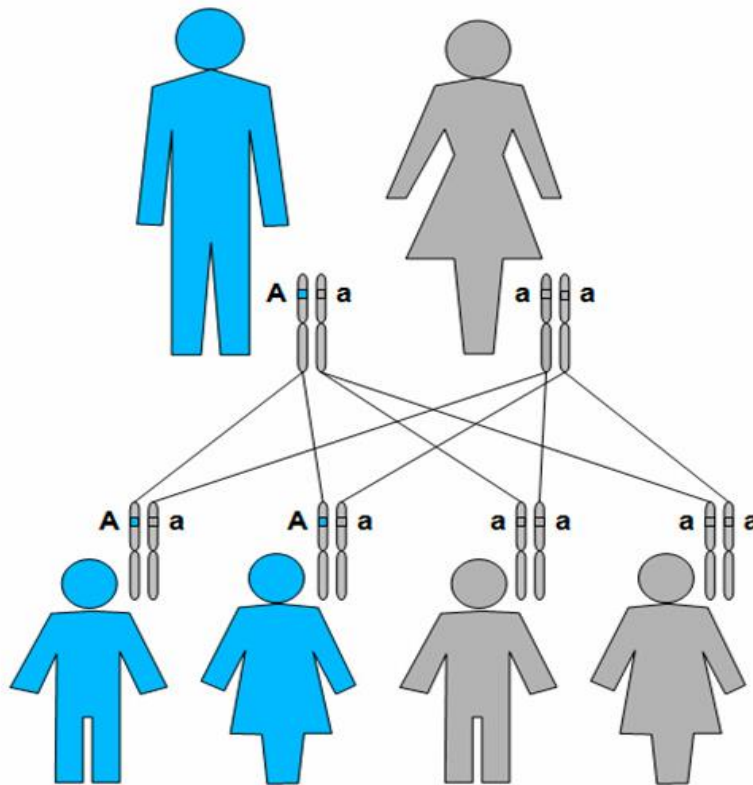


Figura 1: Herencia Autosómica Dominante.

La ataxia espinocerebelosa tipo 36 (SCA36) es una enfermedad heredodegenerativa autosómica dominante, se caracteriza por un síndrome cerebeloso lentamente progresivo, de inicio tardío, alrededor de la quinta década, con afectación inicial de la parte central del cerebelo, posteriormente afectando a los hemisferios y finalmente al tronco cerebral.^{6 7} Mayoritariamente está asociado con signos de hipoacusia neurosensorial, un cuadro de desequilibrio e inestabilidad, disartria, y fasciculaciones linguales (indicativas de la afectación de las neuronas motoras del nervio hipogloso), existen pocos casos de disfagia leve o moderada, no precisando ningún paciente la colocación de una sonda nasogástrica o percutánea para asegurar su alimentación. En más de la mitad de los casos está presente un cuadro piramidal con hiperreflexia y signo de Balbinski con escasa o nula espasticidad.^{6 7 9 10} (Figura 2)

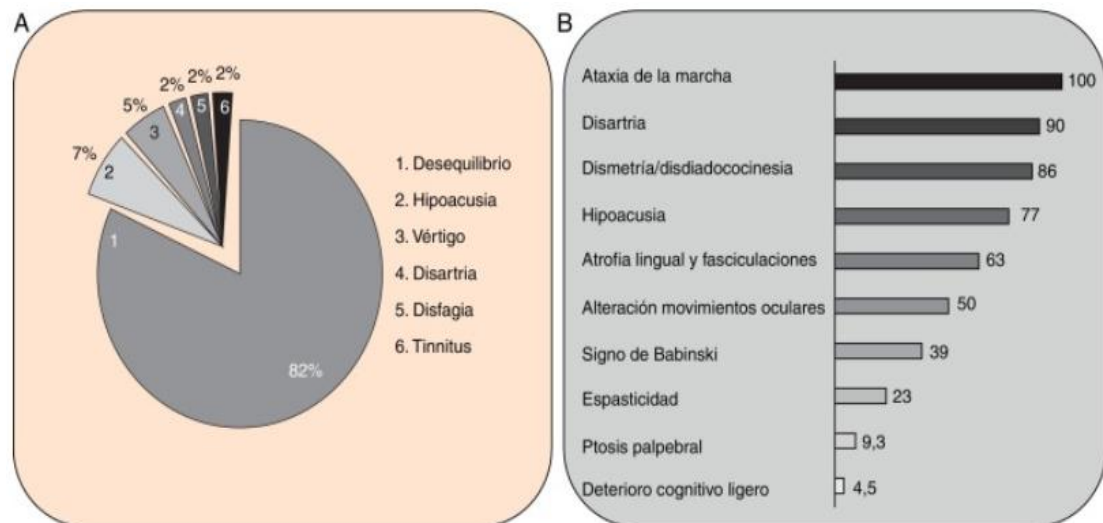


Figura 2 A) Porcentaje de pacientes SCA36 que presentaron como síntoma inicial los señalados. B) Porcentaje de pacientes de SCA36 que representan en el examen clínico las manifestaciones señaladas.

Las funciones cerebrales superiores suelen ser normales en los pacientes con ataxia de A Costa da Morte y no desarrollan demencia, en algún caso se aprecia afectación leve de funciones cognitivas con un patrón de tipo frontal subcortical, incluyendo también cierta labilidad emocional. ⁸

La SCA36 es la denominada “Ataxia da Costa da Morte”, su nombre es debido al descubrimiento de esta enfermedad en el área geográfica da Costa da Morte. Desde inicios de los 90 varias personas acudían al Complejo Hospitalario Universitario de Santiago manifestando un cuadro de ataxia de inicio tardío y progresión lenta, verbalizando que en su familia existían casos similares. Se descubrió que estos pacientes provenientes de Muxía y Ponteceso no eran portadores de mutaciones conocidas de la SCAs. En el año 2005 se comenzó con el trabajo de investigación clínica y molecular, tras varias pruebas a diversas personas, estudios de resonancia magnética, análisis del líquido cefalorraquídeo, pruebas neurofisiológicas, se acaba caracterizando la nueva SCA, la SCA36 “Ataxia da Costa da Morte”. ⁶⁹

Los datos disponibles sobre la histopatología de esta enfermedad son todavía muy escasos. Se han observado focos de ARN en cultivos de células linfoblastoides de los pacientes (Kobayashi et al., 2011).^{8 11} Posteriormente, estudios neuropatológicos revelaron pérdida neuronal en las células de Purkinje y en los núcleos dentados cerebelosos. Además, en un paciente se encontró pérdida de neuronas motoras en el núcleo hipogloso y en las astas anteriores de la médula cervical superior (Ikeda et al., 2012). Recientemente, estudios de anatomía patológica han demostrado la presencia de grandes inclusiones de ARN en el citoplasma de neuronas y también de células musculares (Liu et al., 2014).^{8 11} Las imágenes funcionales han proporcionado datos sobre las etapas tempranas de la enfermedad, que muestran anormalidades incluso en portadores de mutaciones asintomáticas. Hasta el momento, los estudios informados se han realizado en pequeños grupos de pacientes, que incluyen diferentes tipos de SCA y, sobre todo, se centran en las etapas sintomáticas de la enfermedad. En SCA36, el único estudio de neuroimagen funcional hasta el momento fue realizado por el dímero de etilcisteinato (ECD) en 12 pacientes y mostró perfusión disminuida en el vermis cerebeloso y el hemisferio, así como hipoperfusión leve en algunas áreas frontales, principalmente en casos avanzados.¹²

En Galicia la SCA36 es la más prevalente y representa el 21,3% de las ataxias del adulto con patrón de herencia dominante, según la base de datos de la Fundación Pública Gallega de Medicina Genómica.⁶ Es la primera causa de heredoataxia en Galicia, con más de 100 pacientes reconocidos, 50 portadores asintomáticos y alrededor de 400 personas en riesgo de padecerla.⁹ Existen casos fuera de la Costa da Morte, familias en Vigo, A Coruña, Pontevedra así como también, el mismo tipo de SCA36 en Japón, la relación entre los ancestros gallegos y japoneses, así como otros casos puntuales detectados en España y Europa están aún por aclarar.^{7 9}

La causa de la SCA36 es una mutación en el gen NOP56, en concreto por una expansión en heterocigosis del polimorfismo GGCCTG, localizada en el intrón 1. ² (Figura 3) Esta secuencia que todos tenemos entre 4 y 14 veces, en los pacientes de repite 600 veces o más. El tamaño puede ser variable de unos pacientes a otros y se transmite de forma inestable de padres a hijos. ⁹

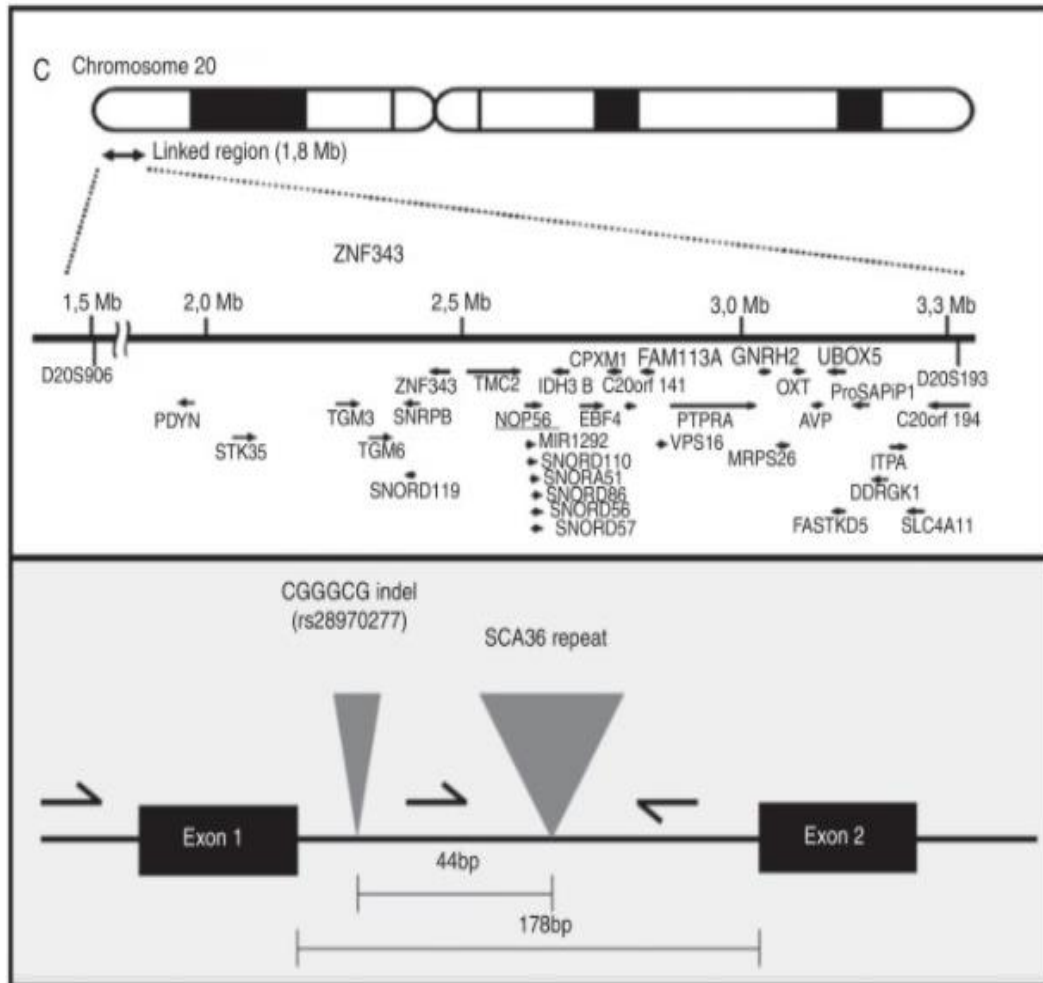


Figura 3 Situación de NOP56 en el brazo corto del cromosoma 20 y detalle de la expansión intrónica en la SCA36.

La sospecha clínica de SCA36 se basa en la presencia de los hallazgos inespecíficos ⁷:

- Ataxia cerebelosa en la línea media de inicio tardío y progresión lenta.
- Disartria y ataxia apendicular generalmente después del desequilibrio de la marcha.
- Pérdida de la audición neurosensorial lentamente progresiva.
- Atrofia de la lengua y fasciculaciones, signos adicionales de degeneración de la neurona motora en algunos casos.
- Otras características clínicas presentes de forma variable: nistagmo, ptosis palpebral, deterioro cognitivo.
- Historia familiar.

Una vez obtenido un pre-diagnóstico mediante estudios neuro-fisiológicos, éste se puede confirmar mediante pruebas genéticas si se sospechara que el elemento causante es de transmisión hereditaria o guarda relación con primeras mutaciones o mutaciones de punto en los genes. Para el diagnóstico rutinario se realiza la RP-PCR (*repeat primed polymerase chain reaction*), esto permite identificar rápidamente la expansión, aunque no puede medir su tamaño. ⁹

La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) es una técnica relativamente simple y ampliamente utilizada en el campo de la biología molecular para amplificar y detectar secuencias de DNA y RNA. Comparada con los métodos tradicionales de amplificación y clonación de DNA, los cuales a menudo tardan días, la PCR requiere solo unas pocas horas. La RP-PCR consiste en una amplificación por PCR utilizando un *primer* específico de la expansión, lo cual favorece la amplificación de los alelos expandidos. ⁸

La utilización combinada de dos técnicas, la PCR convencional que permite identificar los alelos no patológicos y determinar con exactitud el número de repeticiones, junto con la RP-PCR que permite detectar la presencia o ausencia de expansiones en el rango patológico, pueden ser utilizadas en el ámbito rutinario de diagnóstico como confirmación de las expansiones observadas por análisis de *southern blot*.⁸

La prueba de adultos asintomáticos en riesgo de SCA36 es posible mediante dicha prueba, la RP-PCR, no predice la gravedad, ni la edad de inicio. Los familiares adultos asintomáticos en riesgo pueden solicitar la prueba para tomar decisiones personales respecto a la reproducción y su estilo de vida, o simplemente por la “necesidad de saber”. Por lo general se realizan entrevistas previas a la prueba en las que se evalúan los motivos que le llevan a dicha realización de la prueba, el posible impacto de los resultados y el estado neurológico. El consentimiento informado debe obtenerse y los registros deben mantenerse confidenciales.^{6 7} Las personas menores de 18 años no deben someterse a pruebas en ausencia de síntomas, los argumentos en contra de tales pruebas son que elimina la opción del individuo de decidir si quiere saber o no saber dicha información, ya que podría afectar en el seno de la familia y en el entorno social, además podría tener serias implicaciones educativas y profesionales.³

No existe tratamiento específico para SCA36 actualmente. El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinario, recomendando terapia física, ya que ayuda a mejorar la calidad de vida de un atáxico y a que la degeneración neuronal propia de esta enfermedad transcurra con más lentitud. Terapia ocupacional, evitar la ganancia de peso, ayudas para caminar cuando la enfermedad está más avanzada, terapia del habla y evaluación dietética para mejorar la disfagia. Se debe abordar el deterioro emocional y cognitivo en caso de que fuera necesario⁷. Se recomienda evitar el alcohol, los fármacos con posibles efectos secundarios sobre la función cerebelosa (p.ej fenitoína, metronidazol, litio etc.) o el oído interno (p.ej sacilatos).⁶ También, se debe evitar escuchar música alta a través de los auriculares.⁶

Después del diagnóstico inicial se recomienda las siguientes evaluaciones ⁷:

- Al menos una evaluación anual por un neurólogo.
- Evaluación anual o bianual realizada por un otorrinolaringólogo para detectar o controlar la pérdida auditiva.
- Vigilar el habla y la deambulacion.
- Asesoramiento genético, para proporcionar a las familias información sobre la naturaleza de la enfermedad, su herencia para que estos puedan tomar decisiones personales completamente informados.

En la actualidad, la investigación de la SCA36 continúa siendo prioritario, siguiendo varias líneas ⁹:

- Todos los pacientes gallegos tienen el mismo haplotipo. Esto significa que comparten un antepasado común que se remonta a, por lo menos, 1200 años. Averiguar si existe un cromosoma de predisposición a la expansión, cuál es su prevalencia, con qué frecuencia, por qué se expande y como se podría evitar.
- Comprender la patogenia de la enfermedad, ¿qué les pasa a las neuronas en presencia de la expansión?, ¿existe algún biomarcador en plasma o en LCR? El grupo de la doctora Sánchez Piñón en Lugo, está tratando de construir un modelo de pez cebra SCA36, que proporcionaría la herramienta necesaria para el estudio de mecanismos y, eventualmente, cribado de posibles terapias.

La principal motivación para desarrollar este plan de cuidados es residir en esta zona y conocer a gente que padece esta enfermedad. Además, al ser una enfermedad degenerativa lentamente progresiva, como enfermeras se puede realizar educación sanitaria para empoderar al paciente en el manejo de la enfermedad.

DESARROLLO

Las enfermeras generaron los primeros desarrollos en la organización de la aplicación de los cuidados, el denominado Proceso de Atención de Enfermería que una vez culminado su desarrollo fue definido como Modelo Profesional de Proceso. ¹³ La utilización del proceso de atención de enfermería o proceso enfermero (PE) y los diagnósticos de enfermería (DdE), han facilitado esta nueva concepción integral de cuidados y han hecho posible delimitar el campo de actividades que sólo el profesional de enfermería, y no otro, está capacitado para realizar. El PE es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera (metodología de enfermería). Alfaro Lefevre lo define como el método sistemático, humanístico y racional de organizar y prestar los cuidados de enfermería ¹⁴ El DdE es una etapa básica de este proceso y muchos la consideran el eje central del PE, ya que los problemas que se identifican durante esta fase son la base del plan de cuidados. ¹⁴

El lenguaje estandarizado contribuye a mejorar la calidad, eficiencia, eficacia del cuidado y seguridad del paciente, y favorece la autonomía y el control de la práctica profesional. ¹⁵ Su utilización aumenta la visibilidad del trabajo que realizan las enfermeras y proporciona los datos necesarios para poner de manifiesto el impacto del cuidado enfermero en los resultados del paciente. En un momento en el que cuestiones como la efectividad, la eficiencia, los resultados en salud, o la seguridad del paciente tienen una gran relevancia, las enfermeras no solo no pueden quedar al margen, sino que deben ser actoras principales en el escenario global de la salud. ¹³

Diversos estudios sobre los diferentes lenguajes enfermeros muestran que NANDA-NIC-NOC son en este momento la mejor opción. ¹³

La Taxonomía NOC, por su parte, es un elemento clave en la evaluación del estado del paciente, del cuidador, de la familia o de la comunidad. Mejora la información para la evaluación de la efectividad y mide el resultado en cualquier momento, permitiendo seguir el progreso a lo largo de un proceso de asistencia y en diferentes entornos de cuidado. ¹³

El uso de la NIC facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería, permite a los investigadores examinar la eficacia y el coste de los cuidados, y ayuda a los docentes a desarrollar programas que implementen en la práctica clínica. ¹³

Para la valoración de este plan de cuidados se trabajará desde los patrones funcionales de Marjory Gordon estableció 11 patrones funcionales. Ningún patrón puede ser entendido sin la comprensión de los demás, puesto que para Gordon la persona era un ser biopsicosocial influido por factores biológicos, sociales, culturales y espirituales. Permiten una valoración enfermera sistemática, con la que se obtienen datos relevantes sobre el paciente de una forma organizada.

Descripción del caso

Varón de 54 años, fue diagnosticado de Ataxia da Costa da Morte en Agosto de 2017. No tiene patologías secundarias asociadas.

Vive en la localidad de Cee, en donde trabajaba, debido a la enfermedad se le concedió una invalidez permanente.

Sus síntomas iniciales por los que acudió al médico y este derivó al neurólogo, fue la incapacidad para poder escribir y síntomas iniciales de mala audición, disartria e inestabilidad motora. Tras una prueba genética se confirmó el diagnóstico.

Tiene dos hijas, la mayor se realizó la prueba siendo negativa, la pequeña es menor de 18 años, por consideraciones éticas no le realizan la prueba.

Sus padres viven, en la localidad de Buño, la enfermedad proviene por parte de su padre. También tiene un primo afectado con esta enfermedad, en una fase más avanzada.

Valoración de Enfermería

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD.

- Hombre de 56 años diagnosticado de Ataxia da Costa da Morte.
- No tiene hábitos tóxicos.

- No alergias medicamentosas conocidas (AMC).
- Ha sufrido caídas debido a su inestabilidad por la enfermedad.
Escala riesgo de caídas: riesgo moderado. ¹⁶ (Anexo I)
- El paciente es consciente de su enfermedad, no se considera enfermo, pero si con ciertas limitaciones.
- Estado vacunal: el paciente decide no vacunarse.
- No ha tenido ingresos hospitalarios por su enfermedad.
- No utiliza material ortopédico ni dispositivos de ayuda.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABOLICO.

- Medidas antropométricas: peso: 69kg; talla:170cm; IMC: 23,88(normal).
- El paciente mantiene el peso, no ha tenido ganancia ni pérdida de peso considerable.
- El paciente verbaliza tener una alimentación variada, manifiesta comer solo tres veces al día, dice que si come entre horas no tiene apetito a la hora de las comidas principales.
- Tiene leves problemas con la deglución, no ha llegado a atragantarse, pero le cuesta más deglutir los líquidos. No utiliza ningún tipo de espesante.
- Ingesta de líquidos a lo largo del día.
- No necesita ningún suplemento nutricional.
- Estado de piel y mucosas con buena hidratación general.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN.

- Doble continente.
- Patrón intestinal regular, defeca una vez al día, de cantidad normal.
- El paciente posee un buen control de esfínteres.
- No presenta sudoraciones ni durante el día ni durante la noche.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO.

- El paciente tiene energía suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria.
- Dificultad en la estabilidad, mayor lentitud en la marcha.
- Camina con regularidad 2 horas al día, dice subir y bajar escaleras todos los días.
- Índice de Barthel para las ABVD con una puntuación 100 de 100 puntos posibles lo que indica que es INDEPENDIENTE para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). ¹⁷ (Anexo II)
- Índice de Lawton y Brody para AIVD con una puntuación de 4 lo que indica una dependencia ligera para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). ¹⁷ (Anexo III)
- Va a teatro, pilates 1 día a la semana.
- Constantes: PAS 110 mmHg; PAD: 70 mmHg; Fc: 88lpm.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.

- Duerme diariamente entre ocho y nueve horas. Sueño reparador.
- Siesta diurna de aproximadamente una hora.
- No necesita ayuda farmacológica para dormir.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL.

- Dificultades en la audición, verbaliza “cuando escucho ruido de fondo, no soy capaz de concentrarme en lo que me dice la gente”.
- No utiliza audífono. Uso de gafas para la lectura.
- Va al logopeda e inglés.
- No alteraciones en el gusto, tacto y olfato.
- No tiene malestar físico. EVA: 0 (Anexo IV)

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO.

- El paciente se ve con ganas de afrontar el futuro.
- Acepta los cambios que se producen en su cuerpo y se muestra motivado con respecto al progreso de su enfermedad, dice “haré todo lo que me recomienden para que la enfermedad progrese más lentamente, realizo ejercicio, leo en voz alta y voy al logopeda”.
- El paciente ha tenido problemas de ansiedad, pero verbaliza que no fue a causa de su enfermedad, dice que ahora ya está mucho mejor.
- Cuestionario de ansiedad depresión: cuestionario de salud general de Golberg que muestra que no existen problemas crónicos ni de nueva aparición. ¹⁸(Anexo V)
- Escala de autoestima de Rosemberg con una puntuación de 34 (autoestima normal). ¹⁹ (Anexo VI)

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES.

- El paciente vive con su pareja. Tiene dos hijas que lo visitan frecuentemente.
- El paciente toma las decisiones importantes por sí mismo, pero manifiesta consultarlo con su familia.
- En el seno familiar la enfermedad se vive con esperanza. La hija mayor realizó las pruebas genéticas, siendo el resultado negativo.
- El paciente ya no trabaja debido a su invalidez permanente.
- Pertenece a la Asociación Gallega de Ataxias, participando activamente.
- Recibe apoyo de sus amigos, dice “por fortuna tengo muchos amigos buenos que me apoyan en todo”.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD- REPRODUCCIÓN.

- No ha tenido ningún cambio en las relaciones sexuales, el paciente se ríe y dice “ El AGA nos envió un boletín que decía que era muy beneficioso las relaciones sexuales en esta enfermedad”.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- El paciente manifiesta ser muy perfeccionista, sobre todo cuando tenía su negocio, y esto a veces le causaba estrés. Manifiesta afrontar los problemas de otra manera desde que tiene la enfermedad, de una manera más tranquila y relajada.
- Vive en el mismo domicilio con su pareja desde hace muchos años, no teniendo problemas de convivencia.
- En su tiempo libre cocina, ya que esto le relaja.
- Expresa deseo de mejorar las habilidades que le permitan manejar su enfermedad.

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS.

- El paciente manifiesta no tener sentimientos religiosos, dice “si existiera algo no permitiría que se murieran tus hijos, ni que sucedan cosas tan malas en el mundo”.

Desarrollo Plan de Cuidados

Tras el análisis de los datos obtenidos en la valoración se establecieron los siguientes diagnósticos de enfermería de la NANDA ¹ y complicaciones.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

➤ **Riesgo de lesión 00035 (tabla 1)**

Definición: vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo: alteración del funcionamiento psicomotor, alteración sensorial.

➤ **Deterioro de la deglución 00103 (tabla 2)**

Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit en la estructura o función oral faríngea o esofágica.

Características definitorias: dificultad en la deglución.

Factores relacionados: enfermedad.

➤ **Deterioro de la movilidad física 00085 (tabla 3)**

Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias: alteración de la marcha, inestabilidad postural, temblor inducido por el movimiento.

Factores relacionados: Disminución de la fuerza muscular, deterioro neuromuscular.

➤ **Disposición para mejorar el afrontamiento 00158 (tabla 4)**

Definición: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado.

Características definitorias: expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas.

Tabla 1. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para el diagnóstico de enfermería Riesgo de Lesión.

DE: Riesgo de Lesión 0035	
	Escala Likert Inicio-Esperado
<p>NOC: Conducta de prevención de caídas 1909</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza zapatos bien ajustados con cordones. 3-5 • Utiliza dispositivos de ayuda correctamente. 2-4 • Proporciona iluminación adecuada. 3-5 • Controla la inquietud. 3-4 • Fijación de alfombras. 4-5 • Eliminación de objetos en el suelo. 4-5 	<p>(1 nunca demostrado, 2 raramente, 3 a veces, 4 frecuentemente, 5 siempre)</p>
<p>NOC: Control del riesgo 1902</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce los factores de riesgo personales. 3-5 • Controla los factores de riesgo ambientales. 4-5 • Controla los factores de riesgo personales. 4-5 • Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 4-5 • Controla los cambios en el estado general de salud. 3-4 	

NIC Identificación de riesgos 6610

Actividades

- Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
- Fijar objetivos mutuos.
- Planificar actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo.

NIC: Prevención de caídas 6490

Actividades:

- Controlar la marcha, cansancio y el equilibrio al caminar.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Identificar conductas y factores que afecten al riesgo de caídas.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, andador) para conseguir una marcha estable.
- Preguntar al paciente por su percepción de equilibrio.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Recomendar al paciente que lleve zapatos que se ajusten correctamente y con suelos antideslizantes.

Tabla 2. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para el diagnóstico de enfermería Deterioro de la deglución.

Deterioro de la deglución 00103	
NOC: Estado de deglución 1010	Escala Likert Inicio- Esperado
Indicadores:	(1 Gravemente comprometido, 2 sustancialmente, 3 moderadamente, 4 levemente, 5 no comprometido)
<ul style="list-style-type: none"> • Controla las secreciones orales. 4-4 • Capacidad de masticación. 4-4 • Número de degluciones apropiadas para el tamaño/textura del bolo. 3-4 • Atragantamiento, tos o nauseas. 4-5 • Esfuerzo deglutorio aumentado. 3-4 • Incomodidad con la deglución. 4-4 	
NIC: Terapia de deglución 1860	
<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. • Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución. • Evitar el uso de pajitas para beber. • Mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada. • Controlar el peso corporal. • Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y deglutir. 	

Tabla 3. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para el diagnóstico de enfermería Deterioro de la movilidad física.

DE: Deterioro de la movilidad física 00085	
<p>NOC: Movilidad 0208</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento del equilibrio. 3-4 • Coordinación. 3-4 • Marcha. 3-4 <p>NOC: Ambular 0200</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camina a paso lento. 4-5 • Camina a paso moderado. 3-4 • Camina distancias cortas. 3-4 	<p style="color: red;">Escala Likert Inicio-Esperado</p> <p>(1 gravemente comprometido 2 sustancialmente 3 moderadamente 4 levemente 5 no comprometido)</p>
<p>NIC fomento del ejercicio 0200</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar a continuar con el ejercicio. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado. • Informar acerca de los beneficios. • Instruir acerca de la duración frecuencia e intensidad. • Instruir acerca de los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados. • Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio. • Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios. • Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. 	

Tabla 4. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para el diagnóstico de enfermería Disposición para mejorar el afrontamiento.

DE: Disposición para mejorar el afrontamiento 00158	
NOC: Aceptación: estado de salud 1300	Escala Likert Inicio- Esperado
Indicadores:	(1 Nunca demostrado, 2 raramente, 3 a veces, 4 frecuentemente, 5 siempre)
<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de la situación de salud. 	3-5
<ul style="list-style-type: none"> • Busca información sobre la salud. 	3-5
<ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento de la situación de salud. 	4-5
<ul style="list-style-type: none"> • Toma decisiones relacionadas con la salud. 	3-5
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza las tareas de autocuidados. 	4-5
<ul style="list-style-type: none"> • Se adapta al cambio en el estado de salud. 	3-5
<ul style="list-style-type: none"> • Expresa autoestima positiva. 	4-5
NIC: Mejorar el afrontamiento.	
Actividades:	
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Proporcionar información objetiva respecto des diagnóstico, tratamiento y pronostico. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 	

- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios en el estilo de vida.

COMPLICACIÓN

La pérdida de audición es una complicación característica de esta enfermedad, por lo tanto, la trataremos como una complicación.

Tabla 4. Resultados (NOC) e intervenciones (NIC) para la complicación potencial Pérdida de audición.

CP: Pérdida auditiva	
NOC: función sensitiva: auditiva	Escala Likert Inicio-Esperado
2401	(1 gravemente comprometido, 2 sustancialmente, 3 moderadamente, 4 levemente, 5 no comprometido)
Indicadores:	
• Capacidad para percibir correctamente los sonidos.	4-4
• Discriminación auditiva de sonidos suaves.	3-3
• Responde a estímulos auditivos.	4-4
• Agudeza auditiva.	3-3
• Oye susurros a 15 cm del oído.	2-3
NIC: Mejorar la comunicación: déficit auditivo 4974	
Actividades:	
• Realizar u organizar las evaluaciones y cribados auditivos rutinarios.	

- Instruir para que no utilicen cuerpos extraños más pequeños que las yemas de sus dedos (p. ej. Bastoncillos de algodón, palillos dentales...) para extraerse el cerumen.
- Plantear la irrigación del oído para la extracción del exceso de cerumen cuando sea necesario.
- Evitar ambientes ruidosos a la hora de comunicarse.
- Evitar comunicarse a más de 1m del paciente.
- No gritar al paciente.
- Remitir al paciente al profesional de asistencia primaria o al especialista para la evaluación, tratamiento y rehabilitación auditiva.

Evolución Plan de Cuidados

En este caso el paciente sufre una enfermedad degenerativa. La realización de este plan de cuidados se enfoca en un momento concreto (diagnosticado de SCA36 en agosto de 2017).

Los NOC elegidos, nos permiten saber el estado en el que se encuentra actualmente y poder llegar a una mejora en alguno de ellos y en otros mantener la puntuación.

En los NOC conducta de prevención de caídas, control del riesgo, movilidad, ambular y aceptación del estado de salud se pueden mejorar la mayoría de los indicadores, pudiendo alcanzar un 5 en alguno de ellos.

Por el contrario, en los NOC estado de deglución y función sensitiva auditiva se mantiene las puntuaciones en la mayoría de los indicadores, no consiguiendo una mejora en la mayor parte de ellos. Hay que tener en cuenta que es una enfermedad que está en investigación, siempre pueden surgir mejoras clínicas o nuevos tratamientos.

Las actividades enfermeras (NIC) realizadas mejoran la calidad de vida del paciente.

La complicación pérdida auditiva, es una de las características de esta enfermedad, no existe un diagnóstico enfermero propio para la pérdida de audición, pero si resultados e intervenciones enfermeras para evitar las barreras en la comunicación, prevenir la presencia de cuerpos extraños en el conducto auditivo y en general actividades para una comunicación más eficaz.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La SCA36, Ataxia da Costa da Morte, es una enfermedad heredodegenerativa. La enfermería en este tipo de patologías no puede buscar resolver las etiquetas diagnósticas, ya que siempre estarán presentes desde el inicio de los síntomas, variando los problemas según avance la enfermedad.

En la educación sanitaria, las enfermeras tenemos un papel principal, pudiendo aportar al paciente las herramientas necesarias para poder dotarlos de habilidades que le permitan convivir lo mejor posible con su enfermedad. Además, podemos influir en su actitud a la hora de enfrentarse a ciertas situaciones, para poder afrontar la evolución de la enfermedad. Si las enfermeras reforzamos los pequeños cambios que estén realizando los pacientes, estos los mantendrán y los integrarán en su estilo de vida.

Para el desarrollo de este plan de cuidados se ha optado en la valoración por los patrones funcionales de M.Gordon, es muy importante realizar una valoración individual de cada persona, ya que dependiendo de la fase en la que se encuentre, las actuaciones enfermeras tendrán un enfoque diferente. Para el desarrollo del plan de cuidados se utilizan las taxonomías NANDA-NIC-NOC porque normaliza el lenguaje enfermero, facilita el trabajo y lo profesionaliza. Estas taxonomías nos ayudan a etiquetar el problema y encontrar las necesidades que tiene cada paciente, valorando y planificando un plan de cuidados, para después llevarlo a cabo con unas intervenciones y posteriormente evaluar los resultados obtenidos

Considero que estos pacientes deben de ser tratados de una manera integral, para poder abordar todas las necesidades.

Otro punto a tener en cuenta, son los menores de edad, aunque uno de sus progenitores esté afectado por esta enfermedad, hay que tener en cuenta el bienestar del menor, salvo que sean necesarias medidas preventivas o terapéuticas que dependan de la práctica del test, los expertos consideran que debe posponerse hasta que el menor haya alcanzado la mayoría de edad como para participar en el proceso de decisión.

El consejo de Europa indica que para asegurar el bienestar y no comprometer su futuro, no se debería realizar la prueba, ya que detectar el riesgo de padecer cierta enfermedad que no tiene cura, no aportaría beneficio inmediato alguno al menor y podría estigmatizarse.

En conclusión, los beneficios para el paciente cubriendo todas las necesidades y actuando de una manera multidisciplinar serán mayores, consiguiendo una mejora global del paciente, más ágil y con una mejor calidad de vida.

CONSIDERACIONES ETICO-LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre), en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos) y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). ^{20 21 22}

AGRADECIMIENTOS

Quisiera mostrar mi agradecimiento, en primer lugar, a mi tutora Herminia Ramil por haber aceptado la dirección de este trabajo, por su disponibilidad, consejos y orientación.

En segundo lugar, al paciente por su absoluta colaboración y disponibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación: 2015-2017. Madrid: Elsevier; 2015.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
4. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª Edición. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
5. Pedraza OLD M, Amaya Adriana M. Ataxias heredodegenerativas. 2013; Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4606/52812375-2013.pdf?sequence=1>
6. Arias M, García-Murias M, Sobrido MJ. La ataxia espinocerebelosa 36 (SCA36): «Ataxia da Costa da Morte». Neurología [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Mar 8];32(6):386–93. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485314002539>
7. Arias M, Quintáns B, García-Murias M, Sobrido MJ. Spinocerebellar Ataxia Type 36 [Internet]. GeneReviews®. University of Washington, Seattle; 1993 [cited 2018 Mar 8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25101480>
8. García Murias M. Estudio Genético-Molecular de varias familias con Ataxia Dominante y ancestros en A Costa da Morte (Galicia, España). 2015 [cited 2018 May 1]; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/75992711.pdf>
9. Sobrido MJ. Descubrimiento de la mutación causante de la “ataxia de la Costa da Morte.” A Saúde de Galicia. 2017;7–11.

10. Arias M. SCA-36 Ataxia da Costa da Morte: historia inconclusa ó longo dun cuarto de século. *A Saúde de Galicia*. 2017;4–6.
11. Liu W, Ikeda Y, Hishikawa N, Yamashita T, Deguchi K, Abe K. Characteristic RNA foci of the abnormal hexanucleotide GGCCUG repeat expansion in spinocerebellar ataxia type 36 (Asidan). *Eur J Neurol* [Internet]. 2014 Nov [cited 2018 May 11];21(11):1377–86. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24985895>
12. Aguiar P, Pardo J, Arias M, Quintáns B, Fernández-Prieto M, Martínez-Regueiro R, et al. PET and MRI detection of early and progressive neurodegeneration in spinocerebellar ataxia type 36. *Mov Disord* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2018 May 1];32(2):264–73. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/mds.26854>
13. AENTDE. “Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad” [Internet]. AENTDE. Sevilla; 2014 [cited 2018 May 6]. Disponible en: [https://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums_jornadas/po-nenciasycomunicacionesxsimposium/!](https://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums_jornadas/po-nenciasycomunicacionesxsimposium/)
14. Pérez Rivas FJ, Ochandorena Juanena M, Santamaría García JM, García López M, Solano Ramos V, Beamud Lagos M, et al. Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2006;21(5):247–54. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(06\)70790-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70790-4)
15. Alfaro - Lefevre R. *Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería*. 4ª ed. Madrid (España): Elsevier - Masson; 2009.
16. Downton J. Escala de Riesgo de caídas [Internet]. [cited 2018 May 24]. Disponible en: http://campusvirtual.farmacoterapia-sanidadmadrid.org/CURSOS/logic/Consejeria_sanidad/osteoporosis/educacion_salud/pdf/EscaladeRiesgodecaidas.pdf
17. Arias Vazquez, Juan M. Blanco Rial, Mª Luisa. Constenla Castro, Aurelia. Fernandez Fernandez, Manuel V. Gil Campelo, Angeles. Hermelo Millan, Xoan Xose. Núñez Fernandez, Mª Victoria. Pérez

Herraiz, Felix. Rodriguez Iglesias, F.Javier. Souto Fernandez, Est M. Estandarización de cuidados de enfermería ao paciente inmovilizado no domicilio. Xunta de G. 2005.

18. Cuestionario de salud general de golberg [Internet]. Servicio Andaluz de Salud; [cited 2018 May 9]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_golberg.pdf
19. Escala de autoestima de Rosemberg. [cited 2018 May 12]; Disponible en: http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala_Rosenberg.pdf
20. Ley 15/ 1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14- 12-1999).
21. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).
22. Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por lo que se deroga la Directiva 95/46/CE. DOUE n.119 (4 Mayo 2016).

Otra Bibliografía consultada.

- ❖ Asociación Gallega de Ataxias. [cited 2018 May 25]. Available from: <http://www.ataxias-galicia.org/>
- ❖ Brent Clark H, Orr HT. Spinocerebellar Ataxias. In: Neurodegeneration [Internet]. Oxford, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2017 [cited 2018 May 25]. p. 284–95. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118661895.ch22>

- ❖ Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) - Pruebas Médicas [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/pcr-13299>
- ❖ Xenomica – Grupo de Medicina Xenómica [Internet]. [cited 2018 May 25]. Available from: <http://www.xenomica.eu/>

ANEXO I

Escala riesgo de caídas J.H. Downton.

Caídas Previas	NO	0
	SI	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Diuréticos, hipotensores, tranquilizantes, Antiparkinsonianos	1
Deficiencias sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación psicomotora	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda.	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
Puntuaci3n: 3 Riesgo moderado.		

ANEXO II

Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación.

Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un baso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo.	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico.	0	-2	0
6. Aseo personal.	5	0	0
7. Lavarse o bañarse.	6	0	0
8. Control micción.	10	5	0
9. Control heces.	10	5	0
Índice de movilidad.			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete.	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha.	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel.	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras.	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de rueda	5	0	0

Resultado: 100 Independiente

ANEXO III

Índice de Lawton y Brody para AIVD

<p>Capacidad para usar el teléfono</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números (1) • Es capaz de marcar números bien conocidos(1) • Es capaz de contestar al teléfono, pero no marcar (1) • No usa el teléfono en absoluto (0)
<p>Ir de compras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza todas las compras necesarias de manera independiente (1) • Realiza independientemente pequeñas compras (0) • Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra (0) • Es totalmente incapaz de ir a comprar (0)
<p>Uso de medios de transporte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de viajar solo en transporte público o de conducir su coche (1) • Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza ningún otro medio de transporte (1) • Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona (1) • Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con ayuda de otros (0) • No viaja en absoluto (0)
<p>Responsabilidad sobre la medicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora adecuada y en la dosis correcta (1) • Toma responsablemente su medicación, si se le prepara con anticipación (0) • No es capaz de responsabilizarse de su medicación (0)
<p>Manejo de asuntos económicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos (1) • Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco o manejar grandes gastos (1) • Incapaz de manejar el dinero (0)
<p>Hombres: 4 puntos: Dependencia ligera.</p>	

ANEXO IV

Escala Visual Analógica (EVA) para la medición del dolor.



ANEXO V

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

Subescalas	Puntuación CHQ	Puntuación CGHQ
A. Síntomas somáticos.	0	3
B. Ansiedad-Insomnio.	0	2
C. Disfunción social.	1	4
D. Depresión.	0	1
Puntuación total:	1	10

A	B
A.1 ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
Mejor de lo habitual.	No, en absoluto
Igual que lo habitual.	No más de lo habitual
Peor de lo habitual.	Bastante más que lo habitual
Mucho peor que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A.2 ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
No, en absoluto	No, en absoluto
No más de lo habitual	No más de lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual.	Mucho más que lo habitual
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
No, en absoluto	No, en absoluto
No más que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4 ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
No en absoluto	No, en absoluto
No más que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
No, en absoluto	No, en absoluto
No más que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
No, en absoluto	No, en absoluto
No más que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
No, en absoluto	No, en absoluto
No más que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante más que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
Más activo que lo habitual.	No, en absoluto
Igual que lo habitual	No más que lo habitual
Bastante menos que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho menos que lo habitual	Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
Menos tiempo que lo habitual	No, en absoluto
Igual que lo habitual	No más de lo habitual
Más tiempo que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho más tiempo que lo habitual.	Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
Mejor que lo habitual	No, en absoluto
Igual que lo habitual	No más que lo habitual
Peor que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho peor que lo habitual	Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
Más satisfecho que lo habitual	No, en absoluto
Igual que lo habitual	No más que lo habitual
Menos satisfecho que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho menos satisfecho que lo habitual	Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
Más útil que lo habitual	No, en absoluto
Igual de útil que lo habitual	No más que lo habitual
Menos útil que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho menos útil que lo habitual	Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
Más que lo habitual	No, en absoluto
Igual que lo habitual	No más que lo habitual
Menos que lo habitual	Bastante más que lo habitual
Mucho menos que lo habitual	Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
Más que lo habitual	Claramente no
Igual que lo habitual	Me parece que no
Menos que lo habitual	Se me ha cruzado por la mente
Mucho menos que lo habitual	Claramente lo he pensado

ANEXO VI

Escala de autoestima de Rosemberg.

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

- A. Muy de acuerdo.
- B. De acuerdo.
- C. En desacuerdo.
- D. Muy en desacuerdo.

Interpretación: De los items 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima norma.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	X			
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.		X		
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.		X		
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo.	X			
5. En general estoy satisfecho de mi mismo.		X		
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.			X	
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado.				X

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.			<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				<input checked="" type="checkbox"/>
10. A veces creo que no soy buena persona.				<input checked="" type="checkbox"/>

Puntuación: 34 (autoestima normal)