

# PLAN DE CUIDADOS BASADO EN LA TEORÍA DE RANGO MEDIO DEL AUTOCUIDADO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

CARE PLAN BASED IN THE MIDDLE-RANGE THEORY  
OF SELF-CARE OF CHRONIC ILLNESS

Laura Moya Martínez

Residente de enfermería familiar y comunitaria

Unidad docente de atención familiar y comunitaria

La Laguna -Tenerife Norte

Moya Martínez, L. (2022). Plan de cuidados basado en la teoría de rango medio del autocuidado de las enfermedades crónicas.. Revista Ene De Enfermería, 16(3). Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1309>

RECIBIDO: Agosto 2021  
ACEPTADO: Abril 2022

## Resumen

Actualmente la cronicidad es un término que preocupa con especial respeto a la sociedad, y en concreto a la enfermería de atención primaria. Bien es cierto, que el paciente ya no es un ser pasivo si no que ha pasado a ser el principal protagonista de sus cuidados. La cronicidad de nuestros pacientes, está dando lugar a la creación de nuevas estrategias para su abordaje, y desde este caso clínico queremos dar a conocer otra visión de la valoración de personas con enfermedades crónicas.

**Objetivo:** Aplicar el proceso enfermero a una paciente captada en atención primaria, a través de la valoración mediante la teoría de rango medio de autocuidado de enfermedades crónicas

**Metodología:** En la elaboración del plan de cuidados se utilizó el formato NANDA, los indicadores se plantearon según los criterios de resultados NOC y las intervenciones mediante el formato NIC.

**Conclusiones:** El paciente con una o diversas enfermedades crónicas requiere del esfuerzo de enfermería de atención primaria para que esta eduque, guíe y apoye. Tratando de favorecer el empoderamiento de los pacientes y que ellos mismos formen parte de las decisiones en su salud. Todo ello, conlleva a reducir costes en el sistema sanitario,

reducir la carga asistencial y mejorar la atención de procesos complejos de enfermedad.

**Palabras clave:** Autocuidado, enfermedades crónicas, enfermería de atención primaria.

## Abstract

Currently, chronicity is a term that concerns society and specifically primary care nursing. It is true that the patient is no longer a passive actor, but rather that he has become the main protagonist of his care. The chronicity of our patients is rising to the creation of new strategies for their approach, and from this clinical case we want to present another vision of the assessment of people with chronic diseases.

**Objective:** To carry out the nursing care plan we used a patient recruited from primary care, through the assessment using the middle-range theory of self-care of chronic illness.

**Methodology:** The NANDA format was used in the making of the care plan, the indicators were established according to the NOC results criteria and the interventions were established using the NIC format.

**Conclusion:** The patient with one or several chronic diseases requires the effort of primary care nursing to educate, guide and support. Trying to increase the

empowerment of the patients and try to be part of the decisions in their health. All of this is going to reduce costs in the health system, reducing the care burden and improving care for complex disease processes.

**Keywords:** Self-care, chronic diseases, primary care nursing.

## INTRODUCCIÓN

La transformación de nuestra sociedad está dando lugar a aumentar la importancia de los cuidados enfermeros. Y si hablamos de cuidados hablamos de cronicidad, se trata de unos de los retos más importantes para la sanidad de nuestro país. Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte y de discapacidad precoz, causando el 60% de muertes y alrededor del 75% del gasto público sanitario. Los nuevos escenarios de envejecimiento, la pluripatología y los usuarios que cada vez son más autónomos en lo que a la salud se refiere, hacen que sea necesaria una respuesta por parte de los profesionales sanitarios 1,2.

La enfermería como eje de la estructura del sistema sanitario, es una de los principales protagonistas en asegurar el abordaje de la cronicidad. El objetivo desde enfermería de atención primaria por tanto sería capacitar a los pacientes para que sean conscientes y expertos en su salud y enfermedad. El empoderamiento debe ser visto como pilar elemental en el abordaje de los pacientes crónicos 3,4 .

Es fundamental que desde el punto de vista de enfermería se aborde la cronicidad desde una perspectiva holística. Para ello, proponemos la valoración del paciente con enfermedades cró-

nicas a través de la teoría de rango medio de autocuidado de enfermedades crónicas 5. Esta teoría, engloba distintos aspectos para detectar necesidades de los pacientes y poder contribuir en la elaboración de un plan en el que el paciente sea capaz de decidir sobre su propia salud. La labor de enfermería para este tipo de pacientes será por tanto un punto de apoyo, para que ellos mismos puedan lograr los objetivos que se hayan planteado o simplemente un eficaz mantenimiento de la salud y/o enfermedad.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Epicrisis: Antonio (nombre ficticio para preservar confidencialidad del caso) 66 años residente en Tenerife. No presenta alergias conocidas. Padece de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfisema pulmonar, hipertrofia ventricular izquierda, hiperuricemia, meniscopatía, ICC, obesidad grado I y prótesis rodilla derecha. Último ingreso hospitalario en el año 2019 por neumonía. Actualmente en seguimiento por el equipo de atención primaria.

Percibe la salud como regular debido a acontecimientos familiares recientes, físicamente refiere sentirse bien pero emocionalmente regular. Durante su vida ha trabajado en varios oficios (camarero, agricultor, obrero). Vive solo,

en una casa de planta baja sin barreras arquitectónicas internas y con cinco escalones en la entrada del domicilio como barreras arquitectónicas externas. Independiente para todas las actividades tanto básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Para caminar en ocasiones utiliza un bastón por dificultad funcional en la pierna izquierda y debido a la artrosis de ambas rodillas. Camina diariamente en la zona donde vive. No presenta dificultades auditivas ni visuales. Refiere mal descanso nocturno, que asocia a cambios familiares.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración se realiza bajo el consentimiento informado del paciente. Respetando el anonimato y confidencialidad de los datos extraídos, y considerando por nuestra parte la garantía del compromiso ético.

Para la realización de la valoración inicial, se extrajeron los datos del sistema informático del servicio Canario de Salud. Más tarde se realizó una entrevista en profundidad en el centro de salud correspondiente al paciente descrito. Para la valoración del paciente se ha utilizado la teoría de rango medio del autocuidado de enfermedades crónicas o Middle-Range Theory of Self-Care of Ch-

ronic Illness de las enfermeras Barbara Riegel, Tiny Jaarsma and Anna Strömberg<sup>5</sup>. Siguiendo la teoría mencionada, las autoras nos recomiendan dividir la valoración en tres apartados: mantenimiento del autocuidado, seguimiento del autocuidado y gestión del autocuidado.

### **Mantenimiento del autocuidado:**

Para la valoración de este apartado, principalmente evaluamos el estilo de vida. Nuestro paciente vive solo en su domicilio, es pensionista contributivo con incapacidad permanente, ex fumador desde hace 5 años, abstemio desde el inicio de complicaciones graves debido a sus enfermedades actuales. Sigue una dieta mediterránea con escaso consumo de frutas y moderado consumo de hidratos de carbono. Actividad física parcialmente adecuada, sale a caminar con cierta dificultad funcional y apoyado ocasionalmente de un bastón.

En este punto, las autoras también hacen hincapié en la valoración de la adherencia terapéutica. Nuestro paciente conoce toda la medicación que toma si se lo muestras en su envoltorio o por el nombre comercial que suele usar. Se trata de un cumplidor terapéutico valorado por la escala morisky Green-Levin con un resultado de 4 puntos. En el test de adhesión a los inhaladores obtiene 50 puntos lo que da un resultado de buena

adhesión terapéutica. No toma medicación que no esté prescrita por un profesional sanitario y conoce la posología de cada mediación, parcialmente la indicación y el horario de las tomas.

#### **Seguimiento del autocuidado:**

Para la valoración de este aparato se realiza una observación de la rutina diaria, vigilancia y monitorización de sus enfermedades crónicas.

En cuanto a la diabetes mellitus, el paciente realiza controles de glucemia tres veces al día. Tiene una hemoglobina glicosilada actualizada en el momento de la valoración de 7.06 % y una glucosa basal 113 mg/dl. En caso de hipoglucemia sabría cómo funciona el glucagón si fuera necesario. Durante la valoración se observa cómo realiza correctamente la técnica de administración de insulina. Conoce y sabe detectar qué alimentos hacen que se eleve la glucemia. Sabe cuándo fue la última retinografía y analítica. Se realiza exploración de pie diabético en el momento de la consulta, no presentando úlceras, ni deformidades, exploración neuropática y exploración vascular normal, pulsos presentes, calzado adecuado. Por tanto es una clasificación de bajo riesgo en el desarrollo de complicaciones del pie diabético. Para la monitorización de la hipertensión tiene un aparato electrónico de medición, realiza tomas periódicas. Constantes vitales

en consulta 120/70 frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto y saturación 97%. Los niveles de colesterol en la última analítica fueron de 141 mg/dl y triglicéridos 165 mg/dl. Presenta obesidad tipo I. Peso 90 kg, altura 170 cm IMC 31,14. Sigue una dieta mediterránea, consume alimentos variados de todos los grupos. Para la realización de ejercicio camina a diario por la zona en la que vive.

Otra enfermedad crónica es el EPOC o enfermedad obstructiva crónica de tipo enfisematoso con patrón restrictivo, actualmente controlado con medicación y últimamente no ha tenido reagudizaciones.

#### **Gestión de autocuidado:**

En este aparato se valorarán los signos, síntomas físicos y emocionales que presenta el paciente en el momento de la valoración.

Nuestro paciente sería capaz de reconocer síntomas de descompensación diabética o valorar cifras elevadas de tensión arterial, pudiendo solicitar ayuda si lo precisa.

En cuanto a la valoración emocional, el paciente reconoce además de ser detectado por el profesional una alta labilidad emocional debido al reciente fallecimiento de su madre. Siendo hasta ese día el cuidador principal ya que su madre era una paciente dependiente

para todas las actividades básicas de la vida diaria, ello le está provocando síntomas emocionales diarios. Refiere alteración del sueño de mantenimiento, aunque se levanta descansado refiere despertarse de madrugada con dificultad para volver a conciliar el sueño. Se administra el test de Yesavage 6 resultando una puntuación de 2 equivalente a un patrón normal. En el test de ansiedad y depresión de Goldberg 1 punto lo cual no presenta depresión, pero decidimos monitorizar este aspecto ya que le está ocasionando malestar psicológico.

Existen otros factores que subyacen al autocuidado y que pueden modificar o afectar en mayor o menor medida. Factores como las experiencias previas, motivación, confianza, hábitos y rutinas, apoyo de otros, soporte familiar y acceso a la atención sanitaria.

Nuestro paciente tiene experiencia previa y/o habilidades de cuidador principal de su madre, van a afectar positivamente en la gestión del autocuidado. La motivación, nuestro paciente describe una motivación disminuida por los acontecimientos recientes. La confianza que tiene cada persona va a afectar en la calidad del cuidado. En nuestro caso, el paciente ha modificado algunos de los hábitos no saludables, y refiere querer seguir progresando en el cambio de hábitos. Nuestro paciente narra tener so-

porte familiar adecuado por parte de su hermano y sus sobrinos, los cuales ofrecen un buen soporte familiar manteniendo así relaciones con sus allegados. El acceso a la atención sanitaria, actúa como elemento que puede afectar al autocuidado en caso de dificultad para su obtención. Nuestro paciente puede caminar hasta el centro de salud sin dificultad y tiene teléfono móvil para casos de emergencia.

## PLAN DE CUIDADOS

La elaboración del plan de cuidados 7, se basó en la valoración integral mediante una entrevista en profundidad presencial en el centro de salud. La determinación de diagnósticos de enfermería conlleva analizar de forma exhaustiva la entrevista, para ello nos hemos apoyado en la teoría de rango medio. Como hemos visto en el análisis de la teoría, se tienen en cuenta distintos aspectos del autocuidado como son el mantenimiento, seguimiento y la gestión del autocuidado así como otros factores subyacentes. La valoración de enfermería nos permite realizar una primera aproximación, dando lugar a la base de planificación de cuidados. Donde se van a determinar qué aspectos precisan de la actuación de los profesionales. Es así, cómo tras la valoración enfermera se elaboró la hipótesis diagnóstica. Donde se recogen dis-

tintos diagnósticos de enfermería determinados por el profesional. Una vez planteados estos diagnósticos y dada la necesidad de priorizar problemas de cara a la actuación de enfermería, se decidió utilizar el llamado modelo AREA de razonamiento 8. Este modelo se basa en una representación gráfica de las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos. Podemos decir, que es un esquema mental sobre el que construimos nuestros pensamientos y reflexiones, pudiendo organizar nuestras ideas y actuaciones respecto a nuestros pacientes. Esta representación facilitó la priorización de dos diagnósticos centrales, y sobre los cuales se decidió trabajar.

Se estandarizaron mediante la taxonomía NANDA North American Nursing Diagnosis Association versión 2018-2020 9, formulación de resultados esperados NOC (Nursing Outcomes Classification) 6ta edición 10 y intervenciones de enfermería NIC (Nursing Intervention Classification) 7ta edición 11. El resultado de la priorización ha dado lugar a los siguientes diagnósticos: disposición para

mejorar la gestión de la salud y el diagnóstico de duelo (tablas 1-4).

Por otro lado, durante la valoración a través de la teoría de rango medio y sin expectativas de encontrar necesidades de cuidado en el área emocional de este paciente, se evidenció la necesidad del abordaje emocional del duelo. Para atravesar esta etapa, nuestro paciente no había solicitado asistencia tras el fallecimiento de su madre, en la que las necesidades emocionales eran visibles durante la entrevista. A través de la valoración de la teoría pudimos ser conscientes de la necesidad real de abordaje de esta situación. El duelo dio comienzo a un proceso complejo y normal de respuestas que el paciente incorporó a su vida tras la pérdida de un ser querido. El diagnóstico de duelo se recoge en la tabla 1, los criterios de resultados en la tabla 5 y 6, donde podemos observar el progreso realizado. En la tabla 7 encontramos las intervenciones y actividades realizadas.

**Tabla 1. Etiquetas diagnósticas, definición y características definitorias.**

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Definición	Características definitorias
---------------------------	------------	------------------------------



[00162] Disposición para mejorar la gestión de la salud	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.	Expresa deseo de mejorar la gestión de los los síntomas  Expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito  Expresa deseo por mejorar la gestión de la enfermedad
[00136] Duelo	Proceso complejo normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.	Cambios en el patrón del sueño.  Malestar psicológico.  Alteración del patrón del sueño.

**Tabla 2. Criterios de resultado, NOC.**

Criterios de resultados	Indicadores	Puntuación inicial escala likert*	Puntuación final escala likert tras intervención*
[1608] Control de síntomas	Reconoce el comienzo del síntoma [160801]	4	5
	Reconoce la persistencia del síntoma [160802]	3	4
	Reconoce la frecuencia del síntoma [160803]	3	4
	Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen los síntomas [160813]	5	5

\*Medición escala likert: 1 Nunca 2 Raramente 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Siempre.

### 3. Criterios de resultado, NOC.

Criterios de resultados	Indicadores	Puntuación inicial escala likert	Intervenciones	Puntuación final escala likert tras intervención
[1808] Conocimiento: medicación	Nombre correcto de la medicación [180802]	3		4
	Uso correcto de la medicación [180810]	4		5
	Cuidado correcto de los dispositivos de administración [180812]	3		5
	Técnicas de auto-control [180813]	3		4

Técnica adecuada para la auto-inyección [180822] 3 5

\* Medición escala likert: 1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso.

**Tabla 4. Plan de Intervenciones.**

NIC	ACTIVIDADES
[5520] Facilitar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado para aprender.</li> <li>- Establecer metas realistas con el paciente.</li> <li>- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.</li> <li>- Proporcionar información en una secuencia lógica.</li> <li>- Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.</li> <li>- Utilizar lenguaje familiar.</li> <li>- Explicar la terminología del que no es familiar.</li> <li>- Fomentar la participación activa del paciente.</li> </ul>
[6650] Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.</li> <li>- Determinar la presencia de elemento de alerta del paciente continuada para una respuesta inmediata.</li> <li>- Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.</li> <li>- Facilitar la recopilación de pruebas diagnósticas.</li> <li>- Implicar al paciente.</li> <li>- Observar la capacidad del paciente de realizar las actividades de autocuidado.</li> <li>- Monitorizar los signos vitales.</li> <li>- Controlar el estado nutricional.</li> <li>- Comparar el estado actual con el previo para detectar mejoras o deterioro.</li> </ul>

**Tabla 5. Criterios de resultado, NOC**

Resultados	Indicadores	Puntuación inicial escala likert*	Puntuación final escala likert tras intervención*
[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida.	Mantiene la autoestima [130502]	3	4
	Expresa sentimientos de compromiso social [130512]	2	3
	Utiliza apoyo disponible [130512]	2	4
	Comparte sentimiento con otros [130516]	3	4

\*Medición escala likert: 1 Nunca 2 Raramente 3 A veces 4 Frecuentemente 5 Siempre.

**Tabla 6. Criterios de resultados, NOC.**

Resultados	Indicadores	Puntuación inicial escala likert	Puntuación final escala likert tras intervención
[0004] Sueño	Horas de sueño [401]	3	4
	Patrón del sueño [401]	2	4
	Sueño interrumpido[406]	2	4
	Despertar a horas apropiadas [410]	2	4
	Duerme toda la noche [418]	2	4

\*Medición escala likert: 1 Gravemente comprometido 2 sustancialmente comprometido 3 moderadamente comprometido 4 levemente comprometido 5 no comprometido.

**Tabla 7. Plan de intervenciones.**

NIC	ACTIVIDADES
[1850] Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño.</li> <li>- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias psicológicas que interrumpen el sueño.</li> <li>- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/ vigilia del paciente.</li> <li>- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.</li> <li>- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama.</li> </ul>
[5290] Facilitar el duelo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar la pérdida.</li> <li>- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.</li> <li>- Escuchar las expresiones de duelo.</li> <li>- Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.</li> <li>- Apoyar la progresión a través de los estadios del duelo.</li> </ul>

## EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

El seguimiento del paciente ha sido valorado durante dos meses tras la intervención principal. Para este seguimiento se ha utilizado la vía telefónica, permitiendo valorar al paciente y los objetivos planteados en el plan de cuida-

dos. Los objetivos propuestos para ambos diagnósticos fueron alcanzados de forma satisfactoria. En el caso del diagnóstico de disposición para mejorar la gestión de la salud, nuestro paciente recibió con motivación las intervenciones enfermeras y verbalizó la disposición para llevar a cabo nuevos cambios y mejorar su situación actual. Por otro lado, para el seguimiento del diagnóstico de

duelo, fue necesario el correcto abordaje del problema por parte de enfermería. Mediante las actividades planteadas y dirigidas a esta situación, en la que fue suficiente y adecuado mediante el seguimiento telefónico en el que el paciente pudo expresar su emociones abiertamente 12. Finalmente, el paciente realizó un progreso adecuado, el cambio de vida y el sueño mejoró sustancialmente sin necesidad de intervención por otros profesionales, alcanzado los objetivos planteados, como podemos observar en las puntuaciones de la escala likert.

realización de este caso no se han utilizado otras herramientas estandarizadas de valoración del duelo, aun así vemos conveniente su uso en futuros casos para poder aumentar la calidad de la atención y el seguimiento de los pacientes en proceso de duelo. Como por ejemplo, el uso del cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial (CdePS)13 , con el que se pretende aumentar la precisión diagnóstica en las consultas de enfermería de atención primaria.

## CONCLUSIONES

El uso de teorías de rango medio permite crear conocimiento científico enfermero a través de valoraciones de aspectos más específicos. Adecuándose a nuevas vías de desarrollo de la actividad enfermera. Actualmente su uso no está extendido pero creemos que es una vía apropiada y válida para utilizar en futuras valoraciones de pacientes en atención primaria. Concretamente, la teoría de rango medio utilizada en nuestro caso clínico ha permitido detectar otras necesidades de cuidados como ha sido el marcado duelo que estaba atravesando nuestro paciente. El abordaje del duelo es complejo pero la continuidad de cuidados ha permitido manejar la situación de forma satisfactoria. Durante la

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Marco de competencias de las/os enfermeros en el ámbito de la continuidad asistencial o enlace en la atención al paciente con problemas de salud crónicos (2021). Instituto español de investigación enfermera y consejo general de enfermería de España. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>
2. Ayuso Murillo D, Fernández de Palacio E, Velasco Morillo E (2019). Cuidados del paciente crónico y gestión de casos de enfermería. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
3. Estrategia de abordaje de la cronicidad comunidad autónoma de Canarias (2015). Entheos, S.L.U.
4. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud (2012). Ministerio de Sanidad y consumo.
5. Riegel Barbara , JaarsmaTiny and Strömberg Anna (2012): "A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness", en *Advances in Nursing Science*, (35), 3, 194-204. <http://dx.doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>.
6. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam* (2002); 12: 620-30.
7. Pedregosa Gerardo, Hueso Montoro César, Cuevas Fernández-Gallego Magdalena, Montoya Juárez Rafael, Bonill de las Nieves Candela, Schmidt Río-Del Valle Jacqueline. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2011 Jun ; 20(1-2): 111-115. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>
8. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes*, 2006; 35 21-29.
9. NANDA Internacional (2019). Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación: 2018-2020 Elsevier. Madrid.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M L, Swanson E. (2018). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) (6ª Ed). Barcelona. Elsevier.
11. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (7ª Ed). Barcelona. Elsevier.
12. Ackley Betty J, Ladwig Gail B, Makic Mary Beth, Martinez-Kratz Marina, Zanotti Melody (2019). *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Elsevier.
13. Brito, P & Aguirre, A. (2014). *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Elsevier.