

Confusión crónica: análisis crítico y diagnóstico diferencial

Rocío Ruiz Sánchez

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
rocio.ruiz4@gmail.com

Tutor

Ramón del Gallego Lastra

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid.
rgallego@enf.ucm.es

Resumen: la etiqueta enfermera confusión crónica, incluida en la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como un diagnóstico de enfermería, es realmente un problema de colaboración, pues refleja una situación que requiere la colaboración con otros profesionales. Sin embargo, el profesional de enfermería también desarrolla intervenciones independientes dirigidas al paciente con confusión crónica, con objeto de fomentar su independencia y ayudarle a realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En el proceso diagnóstico enfermero se producen imprecisiones debidas, tanto a las deficiencias de las clasificaciones enfermeras, como a la capacidad diagnosticadora del profesional de enfermería. Como consecuencia, se seleccionan diagnósticos que no definen el problema real del paciente y se planifican resultados e intervenciones de enfermería inadecuados. A un paciente con confusión crónica, se le pueden asignar erróneamente las etiquetas síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, deterioro de la memoria o confusión aguda.

Palabras clave: Diagnóstico de enfermería. Demencia senil-Cuidados. Procesos cognitivos-Trastornos.

Abstract: The nursing label chronic confusion, included in the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) classification as a nursing diagnosis, is actually an interdependent problem, because it reflects a situation that requires other professionals' participation. However, the nurse also carries out independent interventions to patients with chronic confusion, in order to promote its independence and to help them to perform basic activities of daily living (ADL). There are inaccuracies in nursing diagnosis due to the weaknesses of the nursing classifications and due to nurses' abilities as diagnosticians. These inaccuracies lead to select diagnoses that don't define the patient's real problem and, therefore, the planned nursing outcomes

and interventions become inadequate. It is possible to assign mistakenly labels as impaired environmental interpretation syndrome, impaired memory or acute confusion to a patient with chronic confusion.

Keywords: Nursing dignosis. Chronic confusion. Nursing diagnosis. Senile demencia.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo está centrado en el análisis crítico de la etiqueta enfermera confusión crónica y su diagnosis diferencial respecto de otros diagnósticos, realizando al mismo tiempo una reflexión sobre las imprecisiones que se producen en el proceso diagnóstico enfermero.

A principios del siglo XX, el término confusión se asociaba a “ser enfermo mental” o “loco”. En la segunda mitad de dicho siglo, en las enciclopedias podían encontrarse diferentes definiciones de confusión dependiendo de la edición, y hacían referencia a “pensamientos y sentimientos desordenados” (año 1968), “alteración mental o psicológica” (año 1986), “falta de claridad y distinción” (año 1989), “discapacidad global adquirida de la función intelectual” (año 1995) o “pérdida de la coherencia en el pensamiento, desorientación” (1999)⁽¹⁾. Fue en el año 1994 cuando la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), actualmente denominada NANDA International (NANDA-I), aceptó el problema de salud confusión crónica como diagnóstico de enfermería. La NANDA-I define confusión crónica (anexo I) como el “Deterioro irreversible, de larga duración o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales, reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, y manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta”⁽²⁾. Actualmente, dentro de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, la etiqueta enfermera confusión crónica se encuentra dentro del patrón cognitivo-perceptual. En la taxonomía II de la NANDA, dicha etiqueta se identifica con el código 00129, se sitúa en el dominio cinco (Percepción/cognición), y dentro de dicho dominio, en la clase cuatro (Cognición)⁽²⁾.

Según la NANDA-I, los factores relacionados de la etiqueta diagnóstica confusión crónica son los siguientes: enfermedad de Alzheimer, accidente vascular cerebral, traumatismo craneal, psicosis de Korsakoff y demencia multiinfarto.⁽²⁾ Entre estos factores relacionados, las demencias presentan una elevada prevalencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la principal causa de demencia en personas mayores de 65 años,⁽³⁾ seguida de la demencia multiinfarto.⁽⁴⁾ Pero los pacientes que sufren otros tipos de demencia, en fase moderada y en fase grave, también presentan confusión crónica, pues la definición y características definitorias de esta etiqueta coinciden con las manifestaciones clínicas de los síndromes demenciales en fase moderada y en fase

grave.⁽⁵⁾ Por consiguiente, desde un punto de vista teórico, los síndromes demenciales en general son factores relacionados de la etiqueta confusión crónica.

Por otro lado, a menudo los conceptos demencia y confusión crónica son utilizados como sinónimos, y no lo son. La demencia no es un diagnóstico enfermero, es un diagnóstico médico, y no en todas las fases de la demencia existe confusión crónica⁽¹⁾.

Actualmente, el factor con que se relaciona la confusión crónica más frecuentemente son las demencias, debido a su elevada prevalencia, y se incrementa cada vez más debido al aumento de la esperanza de vida y al progresivo envejecimiento de la población. Pero el profesional de enfermería también se enfrenta a muchos pacientes que, tras sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) o un traumatismo craneoencefálico (TCE), presentan confusión crónica. Sin embargo, los casos de confusión crónica relacionada con psicosis de Korsakoff son menos numerosos.

Por otro lado, la etiqueta confusión crónica se relaciona con una serie de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification)⁽⁶⁾ y de intervenciones de enfermería NIC (Nursing Interventions Classification)⁽⁷⁾ sugeridos por los autores respectivos de estas clasificaciones. Los listados sugeridos por dichos autores ayudan al profesional de enfermería en la selección de resultados e intervenciones para cada diagnóstico de la NANDA, pero no son de obligada elección, sino que es cada profesional de enfermería el que debe utilizar el razonamiento y el juicio clínico con cada paciente, familia o grupo para determinar la elección adecuada de resultados e intervenciones. Tras examinar todos los resultados de la clasificación NOC y todas las intervenciones de la clasificación NIC, con objeto de seleccionar los más apropiados para un paciente con confusión crónica, se observa que existen resultados NOC e intervenciones NIC más relevantes que los que sugieren los autores de ambas clasificaciones.

Por otra parte, entre los resultados sugeridos por los autores de la clasificación NOC, se detectan algunos que no tiene sentido planificar en el paciente con confusión crónica, como sucede con el resultado autocontrol del pensamiento distorsionado.

El paciente con confusión crónica, independientemente del factor relacionado, tiene limitada su capacidad de autocuidado, siendo dependiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y estando, a su vez, expuesto a riesgos relacionados con su propia seguridad, como el riesgo de sufrir una caída⁽¹⁾. Virginia Henderson defiende en su modelo la función del profesional de enfermería de “ayudar a suplir a la persona para que pueda tener cubiertas las necesidades humanas básicas”.⁽⁸⁾ Asimismo, la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, contempla que “los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado”, y determina cuándo y por qué se necesita la intervención del profesional de enfermería.⁽⁸⁾ Orem define el objetivo de

la Enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".⁽⁸⁾ En este sentido, las intervenciones de enfermería en los casos en que se identifica la etiqueta confusión crónica van dirigidas a mantener la autonomía y situación funcional del enfermo el mayor tiempo posible. Por ejemplo, en el caso de un paciente con confusión crónica relacionada con demencia, el objetivo enfermero nunca será eliminar la causa de la demencia, sino controlar y delimitar los procesos secundarios, y preservar la autonomía que aún conserve el paciente durante el mayor tiempo posible, ayudándole o supliéndole para que tenga cubiertas sus necesidades básicas, mejorando, de este modo, su calidad de vida.

Según el modelo conceptual de Virginia Henderson,⁽⁹⁾ el papel del profesional de enfermería consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando sus conocimientos, fuerza y voluntad para que utilice sus recursos internos y externos de forma óptima. Por tanto, según dicho modelo, existen tres áreas de dependencia sobre las que puede actuar el profesional de enfermería: la falta de conocimientos (saber hacer), de fuerza (poder hacer) o de voluntad de la persona (querer hacer) para satisfacer sus necesidades básicas. Es imprescindible identificar claramente el área o áreas de dependencia del paciente para poder planificar las intervenciones y actividades de enfermería apropiadas en cada situación.

Un paciente con confusión crónica es dependiente respecto de las tres áreas citadas. Por tanto, el profesional de enfermería debe dirigir su intervención hacia esas tres áreas, supliendo aquellas acciones que el paciente no sepa, no pueda o no quiera realizar, y contribuyendo a mantener los conocimientos, fuerza y voluntad que aún conserva. En este sentido, existen estudios que confirman que el profesional de enfermería contribuye de forma significativa a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con demencia porque contribuye a preservar su independencia para realizar las ABVD⁽¹⁰⁾.

Por otra parte, el profesional de enfermería también debe evaluar las repercusiones que tiene el cuidado del paciente con confusión crónica en la salud de sus cuidadores, generalmente su familia. El cuidado de una persona con el problema de salud confusión crónica suele conllevar una desorganización de la vida doméstica y una sobrecarga de trabajo para los miembros de la familia, en especial para el cuidador principal.⁽¹¹⁾ Es conveniente, por tanto, valorar la situación personal del cuidador principal y determinar la necesidad de intervenir.

En cuanto al empleo de la etiqueta confusión crónica, hay autores⁽¹²⁾ que desaconsejan usarla en cualquier caso, argumentando que tanto las características definitorias como los factores relacionados (anexo I), reflejan una situación que no puede ser abordada de manera independiente por el profesional de enfermería y que debe tratarse en colaboración con el médico. Esta etiqueta enfermera no es un

diagnóstico de enfermería, sino que realmente constituye un problema de colaboración, pero el papel de colaboración con otros profesionales de la salud también forma parte de la actividad del profesional de enfermería, como defiende Virginia Henderson en su modelo.⁽⁹⁾ Dicho modelo, además de delimitar el campo de actuación propio de enfermería, también incluye “ayudar al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue iniciado por el médico”, lo que hace que su adopción no entre en contradicción con la realidad asistencial de la Enfermería.

El objetivo de un problema de colaboración,⁽⁹⁾ como es el caso de la etiqueta confusión crónica, está centrado en las acciones que debe desarrollar el profesional de enfermería para que el paciente siga el tratamiento y para vigilar y controlar la evolución de dicho problema. De este modo, el profesional de enfermería realizará actividades en colaboración con otros profesionales, como administrar la medicación prescrita por el médico. Pero también podrá planificar y desarrollar otras actividades de forma independiente, como ayudar al paciente con confusión crónica en la realización de las ABVD.

En relación a los problemas de colaboración o interdisciplinarios, se producen diversas imprecisiones en el proceso diagnóstico⁽¹³⁾. En ocasiones, se etiquetan como diagnósticos enfermeros problemas de colaboración. El problema de salud confusión crónica es un problema de colaboración, aunque algunos autores,^(14,15) y la propia NANDA-I,⁽²⁾ lo consideran un diagnóstico de enfermería. Si los problemas de colaboración no se identifican como tal, se produce una invisibilización de la labor enfermera⁽¹³⁾. La indagación sobre los factores relacionados o desencadenantes de los signos y/o síntomas permite discriminar entre un diagnóstico enfermero o un problema de colaboración.

Pero se producen también otro tipo de imprecisiones en el proceso diagnóstico enfermero, como asignar a un problema de salud una etiqueta que no le corresponde, es decir, realizar un diagnóstico incorrecto. Este error conduce a pérdida de tiempo y energía, perjuicios para el paciente, ausencia de resultados positivos e insatisfacción del paciente y su familia,⁽¹⁶⁾ porque los resultados e intervenciones de enfermería planificados en base al diagnóstico erróneo no son los oportunos para la situación del paciente. En el caso de las alteraciones de salud en las que es aplicable la etiqueta confusión crónica, el profesional de enfermería puede caer en el error de asignar otras etiquetas diagnósticas del patrón cognitivo-perceptual que no se corresponden con el problema real, como síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, deterioro de la memoria o confusión aguda.

Ante estas situaciones resulta imprescindible realizar una seria reflexión para asegurarse del diagnóstico pertinente, ya que es la base para la elección de los resultados y las intervenciones de enfermería. La falta de reflexión o, en otros casos, la realización de una valoración enfermera incompleta, con datos escasos, insuficientes o irrelevantes desde la perspectiva enfermera, conducen a imprecisiones en el proceso diagnóstico, que tienen consecuencias para la persona objeto del cuidado, la profesión

y la disciplina enfermera.⁽¹³⁾ Sin realizar una adecuada valoración enfermera, podría diagnosticarse deterioro de la memoria a un paciente por detectar solamente alteraciones en su memoria, sin haber indagado en otras funciones cognitivas que también podrían estar alteradas, presentando, por ejemplo, trastorno de la conducta, de la orientación, y deterioro del intelecto y de la personalidad, caso en el que el problema de salud se identificaría adecuadamente con la etiqueta confusión crónica.

Por otra parte, entre los profesionales de enfermería existe dificultad para distinguir las etiquetas confusión crónica y síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.⁽¹⁾ Si se analiza la definición de la NANDA-I del diagnóstico síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (anexo II), puede afirmarse que este concepto está incluido dentro del concepto confusión crónica, pues dicha definición alude a un estado de falta constante de orientación. Sería más idóneo sustituir el concepto síndrome de deterioro en la interpretación del entorno por el concepto desorientación⁽¹⁾.

Marjory Gordon, al describir el proceso diagnóstico enfermero, mencionaba varios factores que influyen en la precisión diagnóstica⁽¹⁷⁾: el diagnosticador, la naturaleza de la cuestión diagnosticada y el contexto situacional. Pero no mencionaba la herramienta utilizada para el diagnóstico, el instrumento, y éste también es un factor influyente. En este sentido, hay autores que afirman que las herramientas diagnósticas en enfermería carecen de validez y fiabilidad⁽¹⁷⁾.

En la actualidad, existe ambigüedad en cuanto a la implementación del diagnóstico enfermero, de forma que los datos del paciente se interpretan de forma diferente según el profesional que realiza la valoración, dando lugar a múltiples y/o distintas etiquetas diagnósticas.⁽¹⁷⁾ Existen investigaciones que indican la necesidad de una mayor concordancia entre los profesionales de enfermería respecto a la formulación de diagnósticos⁽¹⁶⁾.

En la práctica enfermera siempre es necesario el uso de la metodología científica, que en esta disciplina se aplica a través del Proceso de Atención de Enfermería, y tiene como finalidad aportar evidencia. Para conseguirlo es necesario utilizar un lenguaje concreto, con propósitos bien definidos, mensurables y replicables, y sustentado en un pensamiento crítico.⁽¹⁸⁾ Y este lenguaje no debería estar supeditado a la variación de interpretaciones particulares.

Por consiguiente, con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados enfermeros, el profesional de enfermería necesita desarrollar competencias diagnósticas en los dominios interpersonal, técnico e intelectual para mejorar la precisión en sus diagnósticos.⁽¹⁹⁾ También es necesario el uso de la práctica reflexiva,⁽¹⁹⁾ y un pensamiento crítico orientado a la objetividad y que permita ir más allá de lo que se presenta como conocimiento único y verdadero⁽¹⁸⁾.

En definitiva, el propósito de este trabajo consiste en realizar un análisis crítico de la etiqueta confusión crónica y establecer la diagnosis diferencial respecto de otros diagnósticos del patrón cognitivo-perceptual, además de realizar una reflexión en torno a las imprecisiones detectadas en relación a estas etiquetas y en relación al proceso diagnóstico enfermero en general.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA ETIQUETA CONFUSIÓN CRÓNICA

Hay ocasiones en que el término “confusión” adquiere significados diferentes según el profesional de enfermería que lo utilice.^(1, 20) De hecho, existen estudios que muestran deficiencias en el conocimiento, habilidades y actitudes de los profesionales de enfermería respecto al manejo y cuidado de las personas mayores que presentan confusión⁽²¹⁾.

En general, la etiqueta enfermera confusión crónica, como tal, aparece citada escasamente en la literatura científica. Sin embargo, el concepto de confusión crónica se encuentra implícito en muchos artículos, mayoritariamente en artículos que versan sobre los cuidados de las personas mayores con algún tipo de demencia o alteración de la salud que conlleva deterioro cognitivo y dependencia de otras personas.

Algunos autores⁽¹²⁾ desaconsejan usar la etiqueta diagnóstica confusión crónica en cualquier caso, argumentando que se trata de un problema de colaboración, y es cierto. La etiqueta confusión crónica no es un diagnóstico de enfermería, porque según la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) el diagnóstico de enfermería es un “Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”.⁽²²⁾ Pero, como defiende Virginia Henderson,⁽⁹⁾ el papel de colaboración con otros profesionales de la salud también forma parte de la actividad del profesional de enfermería. Aiken⁽²³⁾ afirma que los profesionales de enfermería ayudan a las personas con sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales y, legalmente, son los responsables de cualquier intervención que se realice para apoyar la salud del consumidor, incluso cuando esas intervenciones hayan sido prescritas por médicos.

Frente a un problema de colaboración, el centro de atención no es la situación fisiopatológica ni el profesional con el que se colabora, sino las acciones que debe desarrollar el profesional de enfermería para que el paciente siga el tratamiento y para vigilar y controlar la evolución del problema. Para ello, el profesional de enfermería realiza actividades en colaboración con otros profesionales, como el médico, el terapeuta ocupacional o el trabajador social; pero también planifica y desarrolla actividades enfermeras independientes, dirigidas a suplir la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad del paciente, y a fomentar su participación en las ABVD al máximo de su capacidad funcional. Por ejemplo, si el paciente con confusión crónica

todavía puede caminar, vestirse y comer sin ayuda, el profesional de enfermería le incitará diariamente a realizar dichas actividades por sí solo, y contribuirá a potenciar aquellos aspectos de las mismas que sean susceptibles de ser mejorados. Pero el profesional de enfermería suplirá otras actividades que el paciente no sabe, no puede o no quiere realizar como, por ejemplo, el aseo o la administración de la medicación prescrita.

Factores relacionados

Según la NANDA-I, los factores relacionados del problema de salud confusión crónica son (anexo I): enfermedad de Alzheimer, accidente vascular cerebral, traumatismo craneal, psicosis de Korsakoff y demencia multiinfarto ⁽²⁾.

La etiqueta confusión crónica, tal como es definida por la NANDA-I, describe un problema de salud muy frecuente en la población actualmente, principalmente relacionado con demencias. En la actualidad, las demencias son patologías con una elevada prevalencia. Existen más de 36 millones de personas afectadas por algún tipo de demencia en todo el mundo, de las cuales más de 7 millones se encuentran en Europa. En España más de 600.000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia en personas mayores de 65 años, aumentando su prevalencia de forma exponencial a partir de dicha edad. ⁽³⁾ Después de la enfermedad de Alzheimer, la demencia multiinfarto es la segunda causa más frecuente de demencia en personas mayores de 65 años. ⁽⁴⁾ Además, el aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población hace presagiar un incremento de la población afectada por demencia, que puede alcanzar dimensiones epidémicas.

Pero también hay que destacar la relevancia de la aparición de la etiqueta confusión crónica en personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular, pues pasan a convertirse en personas dependientes de otros, lo que supone un giro no sólo para sus propias vidas, sino también para las vidas de sus familias, llegando en muchas ocasiones a la institucionalización de estos pacientes, como también ocurre en muchos casos de personas mayores con demencia.

En España, se producen cada año alrededor de 20.000 ingresos hospitalarios urgentes por traumatismo craneoencefálico, de los cuales unos 2.500 son diagnosticados como traumatismo craneoencefálico grave. Generan una incidencia de discapacidad grave de 20 casos por millón de habitantes y 40 casos por millón de habitantes de discapacidad moderada. Entre los años 2000 y 2008 se produjeron 186.119 altas hospitalarias de ingresos urgentes (excluyendo reingresos) por traumatismo craneoencefálico en España. En la valoración del índice de limitación funcional de esos pacientes, se obtuvo que la afectación más común implicaba trastornos de las funciones cognitivas, íntimamente relacionado con el problema de salud confusión crónica. Actualmente, hay al menos 5,3 millones de personas en EEUU que necesitan ayuda en las ABVD como resultado de un traumatismo craneoencefálico ⁽²⁴⁾.

El accidente cerebrovascular (ACV) constituye la mayor causa de morbilidad en los países industrializados. En España, ocurren de 150 a 200 nuevos casos por 100.000 habitantes cada año, y su prevalencia se estima en el 2,1% en población general y el 8,5% en personas mayores de 65 años.⁽²⁵⁾ El ACV es una de las principales causas de discapacidad. En EEUU, entre un 15% y un 30% de los supervivientes de un ACV presentan una discapacidad permanente⁽²⁶⁾.

La psicosis o síndrome de Korsakoff también es un factor relacionado de la etiqueta confusión crónica, pero su prevalencia es menor que la de los otros factores relacionados. La psicosis de Korsakoff está causada por deficiencia de tiamina (vitamina B1). La causa más frecuente de la deficiencia de tiamina es el alcoholismo crónico, y con menor frecuencia, la desnutrición grave. En este síndrome existe una alteración neurológica severa, caracterizada por amnesia anterógrada, ataxia, alteraciones de la visión, presencia de alucinaciones y confabulación⁽²⁷⁾.

La NANDA-I contempla dos tipos de demencia como factores relacionados de la etiqueta confusión crónica: la enfermedad de Alzheimer y la demencia multiinfarto. Sin embargo, los restantes tipos de demencia, en fase moderada y en fase grave, también presentan las manifestaciones clínicas que describe la NANDA-I para la etiqueta confusión crónica⁽⁵⁾.

Existen diversas definiciones del término demencia, pero en todas se halla similitud con la definición y características definitorias de confusión crónica. Bickley define demencia como “un síndrome adquirido con merma de la memoria y al menos de otro dominio cognitivo, como el lenguaje, el área visoespacial o la función ejecutiva, en grado suficiente, para interferir la función social u ocupacional de una persona alerta”.⁽²⁸⁾ López-Pousa define la demencia como “un síndrome adquirido producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia”.⁽²⁹⁾ Por tanto, desde el punto de vista teórico, puede afirmarse que en todos los tipos de demencia, en fase moderada y en fase grave, existe confusión crónica, y no solamente en la enfermedad de Alzheimer y en la demencia multiinfarto.

En la etapa leve de las demencias no siempre es aplicable la etiqueta confusión crónica, pues en dicha etapa el paciente todavía no presenta el estado de confusión crónica propiamente dicho. Se habla de anomalía cognitiva leve en las primeras etapas de la demencia para referirse a un síndrome más leve de pérdida cognitiva que la demencia, en el que hay una merma importante en al menos un dominio cognitivo, pero la anomalía no reviste una magnitud tal que interfiera la función social o vocacional del paciente.⁽²⁸⁾ Por consiguiente, en la etapa leve de la demencia no es aplicable la etiqueta confusión crónica. Y en fases muy graves de las demencias en las que hay alteración del nivel de conciencia tampoco es aplicable dicha etiqueta, porque una característica definitoria de la confusión crónica es la inexistencia de cambios en el nivel de conciencia.

Puede concluirse, por tanto, que todas las demencias en etapa moderada y en etapa grave, son factores relacionados de la etiqueta confusión crónica.

Características definitorias

Según la NANDA-I,⁽²⁾ las características definitorias de la etiqueta confusión crónica son las siguientes (anexo I):

- Alteración de la interpretación.
- Alteración de la personalidad.
- Alteración de la respuesta a los estímulos.
- Evidencia clínica de deterioro orgánico.
- Deterioro de la memoria a largo plazo.
- Deterioro de la memoria a corto plazo.
- Deterioro de la socialización.
- Deterioro cognitivo de larga duración.
- No hay cambios en el nivel de conciencia.
- Deterioro cognitivo progresivo.

Todas estas manifestaciones clínicas son típicas de la demencia, en las fases moderada y grave.⁽⁵⁾ Teniendo en cuenta, además, la similitud entre la definición de demencia y la de confusión crónica, a menudo ambos conceptos son utilizados como sinónimos.⁽¹⁾ Éste es un error en el que puede caer el profesional de enfermería y que puede conducirle a emplear diagnósticos médicos en lugar del lenguaje propio de la disciplina enfermera. Por ello, es conveniente aclarar que la demencia es un diagnóstico médico, mientras que la confusión crónica es la etiqueta que debe emplear el profesional de enfermería para referirse a un problema de colaboración enfermero. Además, ambos términos no son sinónimos porque, según se ha indicado anteriormente, no en todas las fases de la demencia existe confusión crónica⁽¹⁾.

RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC RELACIONADOS CON LA ETIQUETA CONFUSIÓN CRÓNICA

Johnson y cols.⁽³⁰⁾ sugieren una serie de resultados de enfermería NOC en relación a la etiqueta confusión crónica, que también son sugeridos por Moorhead y cols.,⁽³¹⁾ autores de la clasificación NOC. Pero dichos autores también proponen otra serie de resultados opcionales adicionales⁽³¹⁾, que también serán analizados en este apartado.

Los resultados sugeridos son los siguientes ⁽³¹⁾:

- Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403).
- Cognición (0900).
- Concentración (0905).
- Elaboración de la información (0907).
- Identidad (1202).
- Memoria (0908).
- Orientación cognitiva (0901).
- Toma de decisiones (0906).

Si se realiza un análisis de la definición y de los indicadores de cada uno de estos resultados NOC, realizando al mismo tiempo una reflexión en relación al paciente con confusión crónica, se podría cuestionar si tiene sentido considerar algunos de los resultados NOC sugeridos como, por ejemplo, autocontrol del pensamiento distorsionado, cognición o toma de decisiones, entre otros. Desde una perspectiva de mejora de la calidad, es importante poder identificar un resultado realista que hay que conseguir. Las expectativas poco realistas del resultado son ineficaces, ya que pueden gastarse los recursos y no conseguir ningún efecto positivo.⁽⁶⁾ Además, conocer el grado en que una persona ha alcanzado un resultado es importante para los cuidados de esa persona, pero también para determinar la calidad asistencial global y comparar la calidad entre instituciones.

Tras analizar la definición e indicadores del resultado autocontrol del pensamiento distorsionado, resulta difícil imaginar que un paciente con confusión crónica, tal como define la NANDA-I esta etiqueta y sus características definitorias, logre autorrestingir su alteración de la percepción, los procesos del pensamiento y el

pensamiento, tras aplicar intervenciones enfermeras. No sería realista, por tanto, considerar este resultado en el paciente con confusión crónica.

Respecto al resultado cognición, definido como la capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos, no es previsible lograr una mejoría en el estado cognitivo del paciente con confusión crónica tras aplicar intervenciones enfermeras. La NANDA-I define confusión crónica como un estado de deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo, y entre las características definitorias de esta etiqueta figuran deterioro cognitivo de larga duración y deterioro cognitivo progresivo, por lo que no se obtendrá mejoría de la memoria, ni de la orientación, ni del resto de funciones cognitivas del paciente tras la intervención enfermera, porque el deterioro cognitivo del paciente es progresivo e irreversible. Pero el profesional de enfermería, con su intervención, y en colaboración con otros profesionales, sí podrían contribuir a que el paciente se mantenga durante más tiempo en el nivel cognitivo en el que se encuentra, consiguiendo que el deterioro cognitivo progresara más lentamente.

Ocurre lo mismo con otros resultados NOC sugeridos, como elaboración de la información u orientación cognitiva: a pesar de aplicar intervenciones de enfermería, no mejoraría la puntuación de los indicadores de estos resultados, pero sí podría mantenerse durante más tiempo la misma puntuación aplicando intervenciones enfermeras y de colaboración con otros profesionales.

Respecto al resultado toma de decisiones, el paciente con confusión crónica posee una capacidad reducida para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas, por lo que la intervención enfermera no resultará en una mejoría de este aspecto. La actividad de colaboración podría mantener durante más tiempo la capacidad de toma de decisiones sencillas que aún le reste al paciente.

Los resultados opcionales adicionales propuestos por los autores de la clasificación NOC para la etiqueta confusión crónica son los siguientes⁽³¹⁾:

- Ambiente seguro del hogar (1910).
- Autonomía personal (1614).
- Comunicación (0902).
- Control del riesgo: consumo de alcohol (1903).
- Control del riesgo: consumo de drogas (1904).
- Deambulación segura (1926).
- Fugas (1919).

- Habilidades de interacción social (1502).
- Nivel de agitación (1214).
- Nivel de fatiga (0007).
- Riesgo de tendencia a las fugas (1920).
- Satisfacción del paciente/usuario (3014).
- Satisfacción del paciente/usuario: acceso a los recursos asistenciales (3000).
- Satisfacción del paciente/usuario: continuidad de los cuidados (3003).
- Satisfacción del paciente/usuario: gestión de casos (3015).
- Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (3016).
- Satisfacción del paciente/usuario: protección de sus derechos (3008).
- Satisfacción del paciente/usuario: seguridad (3010).

En el paciente con confusión crónica no es procedente considerar el resultado autonomía personal, tal y como es definido por la clasificación de resultados NOC. La clasificación NOC⁽⁶⁾ define el resultado autonomía personal como las “acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales”. El paciente con confusión crónica tiene una capacidad reducida para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas. Por consiguiente, no es competente para tomar decisiones, y menos aún si se trata de decisiones vitales.

El resultado control del riesgo: consumo de alcohol se dirige a pacientes con la etiqueta confusión crónica relacionada con psicosis de Korsakoff. La clasificación NOC define este resultado como las “acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de alcohol que es una amenaza para la salud”. La mayoría de los indicadores de este resultado están referidos a estrategias del propio paciente para controlar el consumo de alcohol. Pero un paciente con confusión crónica no es capaz de realizar por sí mismo acciones para prevenir, eliminar o reducir el consumo de alcohol, debido al propio estado de confusión crónica, según es definido por la NANDA-I. En definitiva, no es apropiado considerar este resultado en el paciente con confusión crónica. Y sucede lo mismo con el resultado control del riesgo: consumo de drogas, por el mismo motivo que en el caso del resultado control del riesgo: consumo de alcohol.

Sin embargo, entre los resultados opcionales adicionales que proponen Moorhead y cols. en relación al paciente con confusión crónica,⁽³¹⁾ sí es pertinente

planificar los resultados dirigidos a la prevención de daños y lesiones en el paciente, con objeto de minimizar los factores ambientales que podrían causarle caídas u otro tipo de perjuicios. En este sentido, es apropiado considerar los resultados NOC ambiente seguro del hogar, deambulación segura, fugas, riesgo de tendencia a las fugas y satisfacción del paciente / usuario: seguridad.

También es oportuno tener en cuenta los resultados NOC nivel de agitación y nivel de fatiga, con el fin de procurar el máximo nivel de bienestar posible del paciente y evitar daños a las personas que se encuentran a su alrededor como consecuencia de estados de agitación.

Por otra parte, los resultados relacionados con la satisfacción del paciente/usuario deben ser evaluados a través del cuidador del paciente con confusión crónica; es decir, debe evaluarse el grado de percepción del cuidador de los aspectos señalados en estos resultados respecto del paciente, porque dicho paciente tiene una capacidad reducida para percibir su grado de acceso a los recursos asistenciales, la continuidad de sus cuidados al ser trasladado de un entorno a otro, los servicios de gestión de casos, los cuidados de enfermería dirigidos al alivio del dolor, la protección de sus derechos legales y morales por parte del personal de enfermería o las actuaciones de enfermería para prevenir daños o lesiones.

Pero además de estos resultados, hay otros pertenecientes a la clasificación NOC⁽⁶⁾ que no son relacionados con la etiqueta confusión crónica por Johnson y cols.⁽³⁰⁾ ni por Moorhead y cols.,⁽³¹⁾ pero cuya consideración es imprescindible en el plan de cuidados del paciente con este problema de salud. Entre ellos, destaca el resultado autocuidados: actividades de la vida diaria (0300), que quizá sea el principal resultado de enfermería a tener en cuenta en el paciente con confusión crónica, porque un objetivo primordial en el plan de cuidados de dicho paciente debe ser el fomento de su máximo nivel de independencia para realizar las ABVD, de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson. Además, las intervenciones para lograr este resultado son intervenciones que el profesional de enfermería puede planificar independientemente.

Pero en el cuidado del paciente con confusión crónica, el profesional de enfermería también debe tener presente la labor que desempeña su cuidador principal en el domicilio, considerando la sobrecarga emocional y/o física a la que puede estar sometido. Por ello, es necesario considerar los resultados salud emocional del cuidador principal (2506), salud física del cuidador principal (2507) y bienestar del cuidador principal (2508).

Por tanto, es necesario considerar los dominios salud funcional y salud familiar, a los que pertenecen estos resultados propuestos, porque la eficacia y eficiencia de enfermería en relación a estos resultados es mayor que en relación a otros resultados, como los del dominio salud fisiológica (clase neurocognitiva) al que pertenecen la mayoría de los resultados sugeridos por Johnson y cols.⁽³⁰⁾ y por Moorhead y cols.⁽³¹⁾.

Otro resultado que podría tenerse en cuenta en el paciente con confusión crónica es el resultado participación en actividades de ocio (1604), con objeto de fomentar el bienestar del paciente y contribuyendo, a su vez, a ralentizar su deterioro.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC RELACIONADAS CON LA ETIQUETA CONFUSIÓN CRÓNICA

McCloskey Dochterman y cols., autores de la clasificación NIC, proponen una serie de intervenciones de enfermería NIC relacionadas con la etiqueta confusión crónica de la NANDA-I.⁽³²⁾ Se dividen en intervenciones sugeridas e intervenciones opcionales adicionales, y figuran a continuación:

Intervenciones de enfermería sugeridas

- Apoyo a la familia (7140).
- Apoyo emocional (5270).
- Control de agentes químicos (6430).
- Control del humor (5330).
- Disminución de la ansiedad (5820).
- Estimulación cognoscitiva (4720).
- Fomentar la implicación familiar (7110).
- Humor (5320).
- Identificación de riesgos (6610).
- Manejo ambiental (6480).
- Manejo ambiental: seguridad (6486).
- Manejo de la demencia (6460).
- Manejo de la demencia: baño (6462).
- Manejo de la energía (0180).
- Mejorar el sueño (1850).

- Musicoterapia (4400).
- Presencia (5340).
- Restricción de zonas de movimiento (6420).
- Sujeción física (6580).
- Técnica de relajación (5880).
- Terapia con el ambiente (4390).
- Vigilancia (6650).
- Vigilancia: seguridad (6654).

Intervenciones opcionales adicionales

- Disminución del estrés por traslado (5350).
- Fomento del ejercicio (0200).
- Guías del sistema sanitario (7400).
- Manejo de la inmunización/ vacunación (6530).
- Manejo de la medicación (2380).
- Prevención de caídas (6490).
- Protección de los derechos del paciente (7460).
- Terapia artística (4330).
- Terapia asistida con animales (4320).
- Terapia de actividad (4310).
- Terapia de entretenimiento (5360).
- Terapia de reminiscencia (4860).

Todas las intervenciones propuestas son útiles en el paciente con confusión crónica, tanto las que se dirigen al propio paciente como las dirigidas a su familia. Hay

que resaltar la importancia de la intervención manejo de la demencia cuando la confusión crónica está relacionada con cualquier tipo de demencia, pues esta intervención engloba un amplio conjunto de actividades que integra muchas otras actividades relacionadas con las intervenciones restantes.

Entre las intervenciones de enfermería sugeridas y las intervenciones opcionales adicionales figuran algunas que se desarrollan en colaboración con otros profesionales. Es el caso de las intervenciones estimulación cognoscitiva, humor, musicoterapia, terapia artística, terapia asistida con animales, terapia de actividad, terapia de entretenimiento y terapia de reminiscencia. Estas intervenciones resultarán más eficaces en el paciente con confusión crónica si se realizan en colaboración con el terapeuta ocupacional. Todas ellas contribuyen a ralentizar el deterioro cognitivo del paciente, mejorando su calidad de vida, pero no consiguen una mejora de las funciones cognitivas, pues el deterioro cognitivo del paciente es progresivo e irreversible.

Por otro lado, la intervención sujeción física generalmente se realiza bajo prescripción médica, y su implementación requiere la colaboración de otros profesionales sanitarios, como auxiliares de enfermería y celadores, y en muchos casos, la presencia del médico⁽³³⁾.

La intervención manejo de la medicación también se realiza en colaboración, pues el profesional de enfermería administra la medicación de acuerdo con la prescripción médica, y comunica al médico los efectos secundarios observados, colaborando, de este modo, en la reducción de la dosis del fármaco, su suspensión o cambio por otro fármaco. Los fármacos prescritos por el médico también contribuyen a retrasar el deterioro cognitivo del paciente y controlar los síntomas, pero no mejoran las funciones cognitivas del paciente.

Además de las intervenciones propuestas por los autores de la clasificación NIC, existen otras intervenciones NIC⁽⁷⁾ especialmente relevantes en el paciente con confusión crónica, que no son sugeridas por dichos autores. Se trata de la intervención ayuda al autocuidado (1800), referida a las actividades de la vida diaria en general, y las intervenciones específicas relacionadas con áreas concretas en las que el paciente puede presentar déficit de autocuidado: ayuda con los autocuidados: alimentación (1803), ayuda con los autocuidados: aseo (1804), ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801), ayuda con los autocuidados: transferencia (1806) y ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal (1802). Con estas intervenciones, el profesional de enfermería sule aquellas actividades que el paciente no sabe, no puede o no quiere realizar, y fomenta su independencia en relación con las que todavía realiza por sí mismo. Y son intervenciones enfermeras independientes, en las que no precisa la colaboración con otro profesional.

Otra intervención de enfermería relevante es colaboración con el médico (7710), porque se persigue proporcionar cuidados de calidad al paciente como resultado de la

colaboración, y porque la etiqueta confusión crónica constituye un problema de colaboración, no un problema independiente de enfermería, y por tanto, debe incluir intervenciones de colaboración con otros profesionales, entre ellos el médico. En este sentido, también es destacable la intervención reunión multidisciplinar sobre cuidados (8020), ya que el abordaje del paciente con confusión crónica es multidisciplinar,⁽³⁴⁾ independientemente del factor con que se relacione la confusión crónica.

La intervención administración de la medicación (2300), relacionada con la intervención manejo de la medicación señalada anteriormente, también se encuadra dentro del papel de colaboración, porque es el profesional de enfermería el que prepara, administra y evalúa la efectividad de los medicamentos prescritos por el médico.

En relación a otras intervenciones de enfermería dirigidas a la familia del paciente, hay que destacar las intervenciones estimulación de la integridad familiar (7100) y apoyo al cuidador principal (7040). Dado que el cuidado de una persona con el problema de salud confusión crónica suele conllevar una desorganización de la vida doméstica y una sobrecarga de trabajo para los miembros de la familia,^(11,12) resulta útil considerar la intervención estimulación de la integridad familiar (7100), con el fin de favorecer la cohesión y unidad familiar.

La clasificación NIC sugiere la intervención apoyo a la familia (7140), en referencia a los miembros de la familia más cercanos al paciente desde el punto de vista afectivo. Aunque principalmente son dichos miembros los que ejercen la función de cuidar, suele ser una persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y, como consecuencia, soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente. A esta persona se la denomina cuidador principal informal,⁽¹¹⁾ y se define como “la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello”. Entre los cuidadores principales de personas dependientes, se ha comprobado que existe una alta prevalencia del diagnóstico Cansancio del rol de cuidador.⁽¹⁴⁾ Por ello, es fundamental planificar intervenciones de enfermería para “cuidar al cuidador” y atender sus necesidades, principalmente cuando su salud personal, situación familiar, económica o de apoyo social no son las adecuadas. La intervención de enfermería apoyo al cuidador principal (7040) es la que mejor puede abordar la situación del cuidador principal del paciente con confusión crónica.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON CONFUSIÓN CRÓNICA

Las intervenciones de enfermería señaladas en el apartado anterior engloban un conjunto de actividades que tienen el mismo objetivo que las intervenciones de las que derivan. Por un lado, mantener la autonomía y situación funcional del paciente el

mayor tiempo posible, supliéndole en aquellas ABVD que precise. Y, por otro lado, valorar la situación personal del cuidador principal e intervenir si es necesario.

Respecto a las actividades dirigidas al paciente, dado que el estado de confusión crónica conlleva una pérdida gradual de autonomía, es necesario medir el grado de dependencia del paciente, con el fin de evaluar el impacto del deterioro cognitivo en el estado funcional y en la necesidad de atención.⁽¹¹⁾ Existen diversas escalas de valoración funcional, tanto de las actividades básicas de la vida diaria, como de las actividades instrumentales de la vida diaria. El paciente con confusión crónica es totalmente dependiente para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, porque no tiene capacidad para realizar tareas que conllevan cierto grado de complejidad como, por ejemplo, utilizar el teléfono, el dinero o los medios de transporte, preparar la comida o lavar la ropa. Por tanto, el paciente debe ser suplido en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, siendo generalmente el cuidador principal el que le sule. Las actividades que suelen valorarse con más frecuencia en el paciente con confusión crónica son las ABVD. Una de las escalas más internacionalmente conocida para valorar dichas actividades es el índice de Barthel⁽³⁵⁾ (anexo V): si el índice es inferior a 20, el paciente tiene dependencia total; si la puntuación se sitúa entre 20 y 35 puntos, el paciente presenta dependencia grave; entre 40 y 55 puntos, la dependencia es moderada; y si la puntuación es igual o mayor de 60 la dependencia es leve, siendo 100 el máximo nivel de independencia.

Pero también es necesario valorar el grado de deterioro cognitivo del paciente y, para ello, una de las herramientas más utilizadas en España es el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo,⁽³⁵⁾ que es una adaptación española del Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE).

Por otro lado, existen escalas específicas para valorar el grado de confusión de un paciente. Se han desarrollado numerosas escalas para valorar el delirium, pero la escala Clinical Assessment Confusion (CAC), en sus dos versiones, CAC-A y CAC-B, valora estados de confusión más que delirium.⁽³⁶⁾ Ambas versiones fueron diseñadas para ser utilizadas por profesionales de enfermería, pero hay poca información publicada sobre su frecuencia de utilización y empleo en el medio sanitario, a diferencia de las escalas que detectan y valoran el delirium que son más numerosas, han sido más desarrolladas y más utilizadas.

Los resultados obtenidos en las escalas, junto con los obtenidos mediante la valoración enfermera tradicional, permiten planificar las actividades de enfermería adecuadas en función del área o áreas y grado de dependencia del paciente.

Dentro de las actividades de enfermería dirigidas al paciente con confusión crónica, es importante la identificación de riesgos y prevención de complicaciones como, por ejemplo, infecciones, caídas o estados de agitación. El profesional de enfermería contribuye a prevenir infecciones urinarias en pacientes que presentan

incontinencia urinaria y/o fecal, procurando que mantengan una higiene adecuada, ya sea realizada por el propio profesional de enfermería, o delegándolo en el auxiliar de enfermería. Por otro lado, propiciar que el ambiente en el que se encuentra el paciente sea un ambiente seguro, bien sea en el hospital o en su domicilio, permite prevenir lesiones, caídas o accidentes que pueden contribuir a agravar la situación funcional del paciente. Y para prevenir estados de agitación, es recomendable mantener rutinas de cuidados respetando los horarios establecidos para comer, bañarse y dormir, evitar la exposición del paciente a situaciones, objetos, sonidos u otros factores estresantes que contribuyan a su agitación; también es conveniente hablarle de forma pausada, evitando un tono de voz elevado, pues una actitud calmada y lenta proyecta un sentimiento de confort al paciente. Y resulta útil colocar relojes y símbolos en el entorno para identificar áreas como el aseo o el comedor.^(7,15) En algunos casos, es necesario administrar medicación prescrita por el médico para prevenir o controlar estados de agitación,⁽³³⁾ actuando en esos casos en colaboración.

El profesional de enfermería debe vigilar si se producen cambios en el estado de salud del paciente y, si es así, comunicárselo a los profesionales con los que colabora.^(7,15) Por ejemplo, mediante la aplicación del MEC de Lobo se puede detectar un agravamiento del estado cognitivo del paciente en un plazo de tiempo inferior al esperado. También, dado que el profesional de enfermería administra la medicación, es uno de los que primero detecta los efectos adversos de los medicamentos en el paciente, debiendo comunicarlo al médico que los prescribió.

En relación al deterioro de las funciones cognitivas del paciente con confusión crónica, según se ha indicado anteriormente, la intervención de enfermería nunca va a conseguir una mejoría de dichas funciones, pero sí puede contribuir a mantener durante más tiempo las capacidades que le restan al paciente, retrasando así su deterioro. Con este fin, el profesional de enfermería, en colaboración con otros profesionales como el terapeuta ocupacional, debe realizar con el paciente ejercicios sencillos de memoria, orientación, fluidez verbal o atención, que pueden presentarse en forma de juegos, resultando así más amenos y eficaces para el paciente⁽¹⁵⁾.

Respecto a las actividades dirigidas a la familia o cuidadores del paciente con confusión crónica, el profesional de enfermería desarrolla una importante labor de educación sanitaria, con el fin de que la familia aprenda cómo proporcionar los cuidados de forma apropiada, cómo mantener un ambiente seguro en el hogar o cómo evitar estados de agitación del paciente. También les proporciona información y apoyo para lograr un afrontamiento efectivo del problema de salud del paciente. Y puede informarles acerca de los servicios sociales u otros servicios de apoyo existentes, y derivarlos a otros profesionales si es necesario. Es esencial la derivación del paciente y/o su familia para planificar y coordinar el cuidado entre todos los profesionales que intervienen en la atención de la salud del paciente con confusión crónica.

El cuidador principal tiene una importancia capital en el proceso de atención al paciente, pues de su estado de salud y de sus conocimientos va a depender en gran

medida el bienestar del paciente. Actualmente, se emplea el concepto “carga del cuidador” para referirse a los aspectos físicos, psicológicos/emocionales, sociales y problemas financieros, que pueden ser experimentados por los miembros de una familia que se encargan del cuidado de un familiar que tiene una enfermedad crónica o discapacitante⁽¹¹⁾.

El profesional de enfermería debe valorar el nivel de sobrecarga física y emocional del cuidador principal, porque puede llegar a desarrollar el denominado “síndrome del cuidador”,⁽¹¹⁾ con el riesgo de convertirse en un enfermo secundario. La depresión es una de las consecuencias negativas más importante para los cuidadores de pacientes con demencia, ya que se asocia a la mala calidad de vida y es un factor de riesgo para otros resultados adversos, entre los que se incluyen el deterioro funcional y la mortalidad.⁽¹¹⁾ Además, el cuidador puede sufrir estrés y aislamiento,⁽¹⁵⁾ pues sus relaciones sociales disminuyen o incluso desaparecen por completo por dedicarse al cuidado del paciente. La escasez de recursos económicos también es un factor que agrava el estrés y sufrimiento del cuidador, y repercute en la calidad de vida de ambos⁽¹¹⁾.

Existen tres aspectos principales que repercuten en la salud del cuidador de un paciente con demencia:⁽¹¹⁾ el deterioro funcional, el deterioro cognitivo y los problemas de conducta del paciente, siendo los trastornos del comportamiento los que más fuertemente se asocian con la carga y la depresión del cuidador. Estos tres aspectos se hallan presentes en el paciente con confusión crónica, por lo que es fundamental que el profesional de enfermería desarrolle actividades de prevención de posibles consecuencias adversas para la salud del cuidador, y actividades que contribuyan a la solución de las consecuencias que hayan aparecido.

Entre las actividades del profesional de enfermería para detectar el grado de sobrecarga se encuentra el diálogo o entrevista clínica con el cuidador. Además de la entrevista clínica, existe una escala muy utilizada para valorar la sobrecarga de los cuidadores de personas con demencia, denominada escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (anexo VI),⁽³⁵⁾ que explora el sufrimiento del cuidador principal en las áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Esta escala también es aplicable a cuidadores de personas con confusión crónica, independientemente del factor con que se relaciona el estado de confusión crónica. Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Una puntuación entre 22 y 46 indica que no existe sobrecarga; de 47 a 55 existe sobrecarga leve; y de 56 a 110 indica sobrecarga intensa.

Si el profesional de enfermería detecta sobrecarga del cuidador, las actividades enfermeras deben estar dirigidas a proporcionarle apoyo, aumentar el afrontamiento y reforzar sus logros.

Pero hay ocasiones en que el cuidador también precisa ayuda de otros profesionales, como el psicólogo, el psiquiatra, el fisioterapeuta o el trabajador social. Éste último resulta especialmente útil para informar al cuidador de los recursos a los

que puede acceder para mejorar la atención del paciente y, como consecuencia, se obtiene también una mejoría de la calidad de vida del propio cuidador.

No obstante, también hay aspectos positivos en el cuidado de un familiar, en su mayoría de carácter psicosocial, como la satisfacción por ayudar a otra persona, el desarrollo de empatía o el aprendizaje vital que supone para el cuidador la experiencia de cuidar.⁽¹¹⁾ Estos aspectos deben ser enfatizados por el profesional de enfermería para animar y apoyar al cuidador.

En definitiva, para lograr una intervención de calidad en el paciente con confusión crónica y su familia, el profesional de enfermería desarrolla algunas actividades de forma independiente, pero otras deben llevarse a cabo en colaboración con otros profesionales, pues el estado de confusión crónica es un problema de salud que precisa una intervención multidisciplinar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ETIQUETA CONFUSIÓN CRÓNICA CON RESPECTO A OTROS DIAGNÓSTICOS DEL PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

Los pacientes que reciben cuidados del profesional de enfermería esperan alcanzar objetivos de mejora de su salud, de los que dicho profesional es responsable. Tanto los resultados como la selección de intervenciones se apoyan en diagnósticos de enfermería adecuados y válidos.⁽²⁾ Si el profesional de enfermería identifica un diagnóstico erróneo, planificará intervenciones de enfermería inadecuadas y, como consecuencia, obtendrá resultados no deseados. En este sentido, es importante establecer una diferenciación entre varios diagnósticos del patrón cognitivo-perceptual que podrían asignarse erróneamente a pacientes que presentan realmente el problema de salud confusión crónica.

En el caso de las alteraciones de salud en las que es aplicable el diagnóstico confusión crónica, el profesional de enfermería puede caer en el error de asignar otras etiquetas diagnósticas del patrón cognitivo-perceptual que no se corresponden con un estado global de confusión crónica, sino que describen únicamente una parcela del problema global. Es el caso de las etiquetas síndrome de deterioro en la interpretación del entorno y deterioro de la memoria. Comparando la definición y características definitorias de la etiqueta confusión crónica (anexo I) con las de las etiquetas síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (anexo II) y deterioro de la memoria (anexo III), se observan diferencias entre ellas: el diagnóstico confusión crónica se aplica cuando el paciente tiene alteradas diversas funciones cognitivas, mientras que las etiquetas síndrome de deterioro en la interpretación del entorno y deterioro de la memoria se emplean cuando el paciente presenta alteración principalmente de una función cognitiva, la orientación o la memoria, respectivamente.

Confusión crónica frente a síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

La NANDA-I define el diagnóstico síndrome de deterioro en la interpretación del entorno como “Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3-6 meses, que requiere un entorno protector”.⁽²⁾ Esta definición alude, por tanto, a un estado de desorientación constante, pudiendo inducir a confusión en el profesional de enfermería, porque el concepto confusión crónica incluye “trastorno de la orientación”, motivo por el cual ambas etiquetas podrían utilizarse indistintamente.

La traducción alemana del concepto síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (impaired environmental interpretation syndrome en inglés) no es literal, sino que dicho concepto es traducido como “trastorno de la orientación”, o bien “desorientación”.⁽¹⁾ Esta traducción podría etiquetar de forma más precisa la definición que propone la NANDA del diagnóstico síndrome de deterioro en la interpretación del entorno y, con ello, el profesional de enfermería podría diferenciar mejor entre dicho diagnóstico y la etiqueta confusión crónica. De hecho, la mayoría de autores emplean el término “desorientación” para referirse al concepto síndrome de deterioro en la interpretación del entorno y, sin embargo, no suele emplearse la denominación del diagnóstico como tal⁽¹⁾.

Por otra parte, dado que la definición de la NANDA-I de confusión crónica incluye “disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales” y “trastorno de la orientación”, y además las características definitorias de la etiqueta síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (anexo II) también son propias del paciente con confusión crónica, puede afirmarse, desde el punto de vista teórico, que el diagnóstico confusión crónica incluye el concepto síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.⁽¹⁾ Ésta es una razón que permite afirmar que el concepto síndrome de deterioro en la interpretación del entorno no es un síndrome realmente y, por tanto, no debería ser formulado como tal, porque además no engloba un conjunto de signos y síntomas, sino que su manifestación clínica principal es la desorientación constante. Sería más preciso definirlo como “deterioro en la interpretación del entorno”, o mejor todavía, “desorientación”, porque tiene un significado más claro en el contexto español.

Además, también se detecta otra incongruencia al analizar las características definitorias de la etiqueta síndrome de deterioro en la interpretación del entorno. Entre dichas características se encuentra “estados confusionales crónicos”, concepto equivalente a confusión crónica. Es decir, una característica definitoria de la etiqueta síndrome de deterioro en la interpretación del entorno es un diagnóstico NANDA en sí, el cual tiene un significado más amplio que el de la propia etiqueta síndrome de deterioro en la interpretación del entorno.

Confusión crónica frente a deterioro de la memoria

La definición de la NANDA-I del diagnóstico deterioro de la memoria es la siguiente (anexo III): “Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales”.

Si el profesional de enfermería realiza una valoración enfermera superficial y no revisa la historia clínica del paciente, podría detectar únicamente alteraciones de memoria en un paciente con el problema real de confusión crónica, sin haber indagado en otras funciones cognitivas. En este caso el profesional de enfermería asignaría erróneamente al paciente el diagnóstico deterioro de la memoria, pero no estaría identificando el problema real, porque el paciente no sólo tiene trastorno de la memoria, sino que también presenta alteración del intelecto y de la personalidad, trastorno de la orientación y trastorno de la conducta.

Sin embargo, un paciente que presentara realmente el diagnóstico deterioro de la memoria tendría alteración de la memoria, pero no tendría alteradas el resto de funciones cognitivas. El paciente con deterioro de la memoria presentaría olvidos, incapacidad para recordar acontecimientos anteriores, incapacidad para retener nueva información o nuevas habilidades, y la mayoría de características que definen la etiqueta diagnóstica, o todas ellas.

Por consiguiente, es imprescindible realizar una valoración enfermera adecuada y revisar la historia clínica del paciente, porque contribuyen a seleccionar la etiqueta oportuna.

Por otra parte, la etiqueta confusión crónica tiene como factores relacionados dos tipos de demencia, la enfermedad de Alzheimer y la demencia multiinfarto. Por su parte, el diagnóstico síndrome de deterioro en la interpretación del entorno tiene como factores relacionados la demencia y la enfermedad de Huntington, estando esta última relacionada con la denominada demencia asociada a enfermedad de Huntington. Y el diagnóstico deterioro de la memoria tiene como factor relacionado los trastornos neurológicos, dentro de los cuales se incluye la demencia. Por tanto, ante un paciente con el diagnóstico médico de demencia es necesario que el profesional de enfermería reflexione acerca del diagnóstico enfermero adecuado en la situación particular del paciente. Hay que tener en cuenta que, en la mayoría de los casos de demencia, el primer síntoma con el que debuta la demencia son las alteraciones de la memoria, pero no siempre es éste el primer síntoma.⁽⁵⁾ Generalmente, resulta más sencillo identificar el diagnóstico deterioro de la memoria, pues se aplicará a los pacientes que presenten alteraciones de la memoria pero sin tener alteradas el resto de funciones cognitivas, situación que ocurre en las fases iniciales de algunos tipos de demencia.⁽⁵⁾ En el caso del diagnóstico síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, el paciente manifestará fundamentalmente trastorno de la orientación. Y si el paciente presenta alteración de la memoria y de otras funciones cognitivas, será aplicable la etiqueta confusión crónica.

Los restantes factores relacionados de las etiquetas confusión crónica, síndrome de deterioro en la interpretación del entorno y deterioro de la memoria son diferentes, hecho que puede contribuir a diferenciar el diagnóstico adecuado cuando exista uno de esos factores relacionados. Por tanto, hay ocasiones en las que el análisis de los factores relacionados de los diagnósticos entre los que duda el profesional de enfermería, le puede ayudar a seleccionar el diagnóstico certero.

Confusión crónica frente a confusión aguda

También es necesario realizar una diferenciación de la etiqueta confusión crónica respecto de la etiqueta confusión aguda. La NANDA-I define confusión aguda (anexo IV) como el “Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo”. Por tanto, las principales características diferenciadoras del diagnóstico confusión aguda son su inicio brusco y su reversibilidad, mientras que el estado de confusión crónica tiene una evolución progresiva o de larga duración y es irreversible. Por otro lado, una característica definitoria del diagnóstico confusión aguda es “fluctuación en el nivel de conciencia”, mientras que en el caso de confusión crónica “no hay cambios en el nivel de conciencia”, hecho que también permite diferenciar ambas etiquetas.

Algunos autores^(36, 37) equiparan delirium y confusión aguda, error que también podría cometer el profesional de enfermería. Sin embargo, el concepto confusión aguda es más amplio e incluye características no diagnósticas del delirium. Además, el delirium es un diagnóstico médico, mientras que la confusión aguda es una etiqueta enfermera⁽³⁸⁾.

Entre los factores relacionados del diagnóstico confusión aguda, la NANDA-I formula “Edad superior a los sesenta años”. Pero este factor relacionado es más bien un factor de riesgo para sufrir confusión aguda. De hecho, la NANDA-I también establece la edad superior a sesenta años como factor de riesgo de la etiqueta riesgo de confusión aguda,⁽²⁾ relación que sí es coherente.

Confusión crónica frente a trastorno de los procesos del pensamiento

Por último, también es necesario establecer una diferenciación entre las etiquetas confusión crónica y trastorno de los procesos del pensamiento. El diagnóstico trastorno de los procesos del pensamiento ha sido retirado de la taxonomía de la NANDA-I y no aparece en la edición de 2012-2014 del texto de definiciones y clasificación.⁽³⁹⁾ Sin embargo, este diagnóstico, que también estaba incluido dentro del patrón cognitivo-perceptual, ha continuado empleándose hasta ahora. La NANDA-I, en su edición de 2009-2011,⁽²⁾ define el diagnóstico trastorno de los procesos del pensamiento como “Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas”, y entre sus características definitorias se encuentran, entre otras, “Disonancia cognitiva”, “Interpretación inexacta del entorno” y “Déficit de memoria”, que son características que también se hallan en el paciente con confusión crónica.

Mientras este diagnóstico siga empleándose, y teniendo en cuenta su definición y características definitorias, el profesional de enfermería podría asignarlo erróneamente a un paciente con confusión crónica, o viceversa. Según se ha explicado anteriormente, la etiqueta confusión crónica es asignable a pacientes que tienen alteradas diversas funciones cognitivas. Sin embargo, el diagnóstico trastorno de los procesos del pensamiento es aplicable a pacientes que tienen una alteración del pensamiento, como ocurre en muchos de los contextos de salud mental.

En conclusión, estas imprecisiones en la formulación de los diagnósticos enfermeros, bien sea en la definición, en los factores relacionados o en las características definitorias, conducen a la duda al profesional de enfermería y, en muchos casos, al consecuente error en su práctica enfermera. Pero, en la precisión diagnóstica, también influyen otros factores, como se expone en el apartado siguiente.

LA IMPRECISIÓN DIAGNÓSTICA

En la práctica enfermera siempre es necesario el uso de la metodología científica, que se aplica a través del proceso de atención de enfermería, y tiene como finalidad aportar evidencia. Para conseguirlo es necesario utilizar un lenguaje concreto, con propósitos bien definidos, mensurables y replicables, y sustentado en un pensamiento crítico. Y este lenguaje no debería estar supeditado a la variación de interpretaciones particulares. Lo ideal sería que fuera capaz de describir problemas de salud de la persona objeto del cuidado, diferenciando aquellos susceptibles de ser solucionados por el profesional de enfermería de forma autónoma (diagnósticos de enfermería), de otros que precisan la colaboración de otros profesionales (problemas de colaboración)⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, muchas veces se identifican como diagnósticos enfermeros problemas que son de colaboración. La etiqueta confusión crónica es clasificada por la NANDA-I como un diagnóstico de enfermería,⁽²⁾ pero realmente es un problema de colaboración.

Si no se identifica un problema de colaboración, se produce una verdadera invisibilización del trabajo enfermero, con las repercusiones que conlleva en el ámbito de la organización del trabajo y la gestión, además de impedir la contribución al conocimiento enfermero en este área⁽¹³⁾.

Otro tipo de imprecisiones se produce cuando en la valoración enfermera se obtienen datos irrelevantes o insuficientes para justificar el juicio diagnóstico.⁽¹³⁾ Por ejemplo, podría diagnosticarse deterioro de la memoria a un paciente por haber detectado únicamente alteraciones de su memoria, sin haber indagado en si existe deterioro de otras funciones cognitivas, situación en que la etiqueta correcta sería confusión crónica.

En muchos casos, se produce una falta de valoración focalizada ante la evidencia de alteraciones.⁽¹³⁾ La indagación sobre los factores relacionados o desencadenantes de los signos y/o síntomas puede ayudar a dilucidar si el problema de salud es un diagnóstico enfermero o un problema de colaboración. Por ejemplo, si un paciente refiere disnea, puede tratarse de “Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)” (problema de colaboración), o bien, “Intolerancia a la actividad relacionado con estilo de vida sedentaria” (diagnóstico de enfermería).

Por otra parte, hay ocasiones en que se formula un diagnóstico para cada una de las alteraciones o los signos y/o síntomas detectados en un paciente, pero realmente el conjunto de esas alteraciones o signos y/o síntomas engloba un problema de salud definido mediante una única etiqueta diagnóstica.⁽¹³⁾ Por ejemplo, se podría diagnosticar deterioro de la memoria y síndrome de deterioro en la interpretación del entorno por haber detectado trastorno de la memoria y desorientación constante, respectivamente, pero el paciente realmente tiene deterioro de todas las funciones cognitivas, no sólo de la memoria y de la orientación, caso en que la etiqueta precisa sería confusión crónica, pues engloba todas las alteraciones del paciente.

También el desconocimiento o falta de reconocimiento del paciente o su familia de los diagnósticos propuestos por el profesional de enfermería genera confusión y supone la invalidación del mismo.⁽¹³⁾ Los cuidados de enfermería son interactivos y necesitan la colaboración del paciente. Por tanto, el paciente también tiene que pensar en sus respuestas a los problemas de salud y a los procesos vitales⁽⁴⁰⁾.

Las imprecisiones en el proceso diagnóstico enfermero tienen consecuencias negativas para el paciente, para el profesional de enfermería y para el desarrollo de la disciplina enfermera.⁽¹³⁾ El paciente no obtiene el beneficio que le proporcionaría el diagnóstico correcto, pudiendo además sufrir daños o complicaciones. Respecto del profesional de enfermería, se puede calificar como negligencia el hecho de no diagnosticar correctamente el problema de salud, pero también se considera negligencia la ausencia de documentación de las intervenciones que reflejan la asunción de la responsabilidad compartida sobre los problemas de colaboración. Y en relación a la disciplina, las imprecisiones invalidan los registros como fuentes de datos para la investigación en Enfermería e impiden su reproducción para el cuidado de pacientes con situaciones de salud similares.

Se afirma que la falta de precisión se debe tanto a la capacidad diagnosticadora del profesional enfermero como a la imperfección o insuficiencia de los instrumentos disponibles para el diagnóstico.⁽¹⁷⁾ Diversos estudios revelan las dificultades que encuentran los profesionales de enfermería en la práctica clínica para el empleo de los diagnósticos: la carga de trabajo, la falta de conocimientos de los lenguajes estandarizados de cuidados, la falta de práctica en la implementación y la falta de soportes de historia óptimos. Además, los profesionales de enfermería siguen describiendo las etiquetas y definiciones diagnósticas como confusas, vagas,

imprecisas, amplias, ambiguas, subjetivas, incoherentes, de difícil comprensión o traducción y no objetivables. Se alude también a la falta de un modelo teórico estandarizado y falta de consenso entre los profesionales enfermeros⁽¹⁷⁾.

Además, se considera que una de las grandes dificultades que se presentan al utilizar las clasificaciones enfermeras es que muchos problemas de salud tienen que definirse con unas etiquetas que no siempre traducen la realidad del problema o la vivencia subjetiva de la persona que lo padece. La rigidez en el lenguaje puede restar creatividad, congruencia y autenticidad, tanto en los actos enfermeros como en la imagen de la profesión⁽¹⁸⁾.

Por otra parte, también se observan riesgos derivados de la utilización de las herramientas tecnológicas que se emplean para documentar el proceso enfermero,⁽¹³⁾ porque pueden emplearse con la finalidad de responder a los requerimientos de gestión del sistema de salud y a las exigencias de medición y control de los resultados de los procesos de salud, olvidando responder a las exigencias de conocimiento en la disciplina enfermera. Incluso, en la capacitación de los profesionales para llevar a cabo el proceso de cuidados, se ha llegado a considerar que el entrenamiento técnico para manejar las aplicaciones informáticas sustituye a la formación para el pensamiento crítico y el razonamiento diagnóstico⁽¹³⁾.

En definitiva, con los diagnósticos enfermeros como base de los cuidados enfermeros, el profesional de enfermería necesita desarrollar competencias diagnósticas en los dominios interpersonal, técnico e intelectual para mejorar la precisión en sus diagnósticos⁽¹⁹⁾.

Las habilidades interpersonales⁽¹⁹⁾ de los profesionales de enfermería son necesarias para que los pacientes y sus familias confíen en ellos lo suficiente como para hablar sobre sus respuestas a los problemas de salud y procesos vitales. La comunicación terapéutica es necesaria para que el profesional de enfermería pueda recopilar datos válidos y fiables mediante entrevistas. Entre los procesos interpersonales destaca la escucha activa. Las habilidades de relación interpersonal deben ser una parte integral del aprendizaje en el uso de los diagnósticos enfermeros.

Las habilidades técnicas para lograr un diagnóstico preciso consisten en la capacidad de llevar a cabo una valoración enfermera y exploración física que permitan obtener datos válidos y fiables⁽⁴⁰⁾.

Las habilidades intelectuales incluyen tanto el conocimiento de los diagnósticos enfermeros como de los procesos mentales para el uso de ese conocimiento. En este sentido, el razonamiento crítico es una dimensión de la inteligencia de los profesionales de enfermería necesario para usar los elementos propios del cuidado de enfermería, como son el diagnóstico y la selección de resultados e intervenciones adecuados. El razonamiento crítico precisa de una serie de habilidades cognitivas y de hábitos mentales que están interrelacionados.⁽⁴⁰⁾ En enfermería, los estudios de

investigación han demostrado que las habilidades de pensamiento crítico varían ampliamente y que pueden mejorarse con formación, esfuerzo y práctica. Las habilidades de pensamiento crítico pueden desarrollarse usando los procesos de pensamiento en vez de simplemente recibiendo el conocimiento de otros; también es necesario pensar sobre los conceptos y no limitarse a memorizar el conocimiento; es fundamental desarrollar confianza en la habilidad propia para pensar; y los procesos de pensamiento siempre pueden validarse buscando soporte de otros (por ejemplo, otros profesionales de enfermería, profesores o pacientes, entre otros)⁽¹⁹⁾.

El razonamiento diagnóstico de enfermería, producto de la interacción de procesos interpersonales, técnicos e intelectuales, debe incluir los siguientes elementos:⁽⁴⁰⁾ el reconocimiento de la existencia de indicios, la generación mental de posibles diagnósticos, la comparación de los indicios con los posibles diagnósticos, la realización de una recogida focalizada de datos y la validación del diagnóstico.

Para desarrollar competencias diagnósticas, también es fundamental el uso de la práctica reflexiva, pues conduce al profesional de enfermería a examinar introspectivamente sus propias conductas en relación con el pensamiento, los acontecimientos interpersonales y las habilidades técnicas, pudiendo reflexionar sobre sus flaquezas o errores con el fin de mejorar y avanzar en el desarrollo profesional⁽¹⁹⁾.

Lunney⁽¹⁹⁾ también señala que una fortaleza personal, en relación con las competencias diagnósticas, debe ser la tolerancia a la ambigüedad. Pero precisamente lo que crea problemas en el ámbito asistencial es la ambigüedad en la implementación del diagnóstico enfermero, que da lugar a que los datos del paciente se interpreten de forma diferente según el profesional que realice la valoración, originando múltiples y/o distintas etiquetas diagnósticas.⁽¹⁷⁾ Por consiguiente, el posicionamiento más coherente debería ser de tolerancia cero frente a la ambigüedad diagnóstica.

CONCLUSIÓN

Ante situaciones de duda en la determinación del diagnóstico o diagnósticos enfermeros adecuados, resulta imprescindible realizar una seria reflexión para asegurarse de las etiquetas pertinentes, ya que es la base para la elección de los resultados y las intervenciones de enfermería. Pero, para poder realizar una reflexión, es fundamental, en primer lugar, que el profesional de enfermería conozca los diagnósticos enfermeros, sus definiciones y características definitorias, las intervenciones para tratarlos y los procesos diagnósticos que se emplean para interpretar los datos del paciente.⁽²⁾ Un profesional de enfermería que se halle frente a un paciente con confusión crónica y no conozca las definiciones y características definitorias de este diagnóstico ni de los diagnósticos deterioro de la memoria, síndrome de deterioro en la interpretación del entorno o confusión aguda podría diagnosticar erróneamente al paciente empleando cualquiera de estas tres últimas

etiquetas y, como consecuencia, planificar unas intervenciones inadecuadas y obtener resultados no deseados.

La valoración enfermera y la revisión de la historia clínica del paciente contribuyen enormemente a definir la etiqueta diagnóstica precisa. Si un profesional de enfermería no revisa la historia clínica, podría diagnosticar confusión crónica a un paciente de edad avanzada que en realidad presenta confusión aguda por el propio hecho del ingreso en el hospital. O, sin realizar una adecuada valoración enfermera, podría diagnosticar deterioro de la memoria a un paciente que presenta, además de trastorno de la memoria, trastorno de la conducta, de la orientación, y deterioro del intelecto y de la personalidad.

No obstante, en el proceso diagnóstico enfermero, también es necesario un pensamiento crítico orientado a la reflexión y la objetividad, que cuestione la realidad y las bases sobre las que se asienta ⁽¹⁸⁾. Resulta muy útil analizar desde un punto de vista crítico las clasificaciones enfermeras.

Es cierto que la aparición de las definiciones y la clasificación de diagnósticos de la NANDA-I ha propiciado importantes logros profesionales y sociales, y en la actualidad es la clasificación más implementada, investigada y desarrollada ⁽⁴¹⁾. Pero hay que ser consciente de sus limitaciones con el fin de mejorarlas o eliminarlas. Sería un error ocultarlas, o incluso alabarlas, porque frenaría el progreso de la disciplina enfermera.

Una de las deficiencias que presenta la clasificación de diagnósticos de enfermería de la NANDA-I es que incluye como diagnósticos enfermeros problemas de colaboración. Es el caso de la etiqueta confusión crónica. Generalmente, en los manuales de diagnósticos de enfermería esta etiqueta es considerada un diagnóstico enfermero incluido en la clasificación de la NANDA-I, ^(2, 15) siendo pocos los textos que se refieren a este problema de salud como un problema de colaboración ⁽¹²⁾.

La presencia en la clasificación de la NANDA-I de diagnósticos que en nuestro ámbito constituyen problemas de colaboración, como la etiqueta confusión crónica, se produce, entre otras razones, porque no todos los diagnósticos que se incorporan a la clasificación se validan previamente, sino que la mayoría de las veces su validación se produce a posteriori. Además, todos los diagnósticos deben ser adaptados al contexto lingüístico, social y cultural donde van a ser utilizados, ⁽⁴¹⁾ porque no todas las etiquetas de la taxonomía NANDA son utilizables por cualquier profesional de enfermería y en cualquier contexto. Por ejemplo, las enfermeras de práctica clínica avanzada, existentes en los países donde se ha desarrollado la taxonomía, tienen competencia para diagnosticar y tratar problemas de salud diferentes a los que puede abordar la enfermera de cuidados generales. ⁽¹³⁾ Sería necesario, por tanto, validar en el contexto español los diagnósticos existentes e identificar otros nuevos propios de nuestro entorno.

Se ha debatido en profundidad acerca de los problemas de colaboración. De hecho, la NANDA-I propuso modificar la definición de diagnóstico de enfermería planteando una nueva que incorporara los problemas de colaboración como diagnósticos enfermeros. Pero debería concederse la misma importancia a enunciar y tratar ambas situaciones, como reconoce la AENTDE,⁽²²⁾ dado que ambos son problemas de salud importantes en el paciente.

El análisis de la etiqueta confusión crónica, objeto de este trabajo, desprende que se trata de un problema de colaboración, pues refleja una situación que requiere la colaboración con otros profesionales, entre los que se encuentran el médico, el terapeuta ocupacional o el trabajador social. Sin embargo, el profesional de enfermería también planifica y desarrolla intervenciones independientes, dirigidas fundamentalmente a ayudar al paciente en la realización de las ABVD.

Pero la clasificación de diagnósticos de la NANDA-I también presenta otro tipo de limitaciones que pueden mejorarse, como deficiencias en las definiciones, en los factores relacionados o en las características definitorias de los diagnósticos. En este trabajo, se han analizado concretamente deficiencias en algunos diagnósticos del patrón cognitivo-perceptual, como en el caso de la etiqueta síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, pues una de sus características definitorias tiene un significado más amplio que el de la propia definición de la etiqueta. Además, la denominación de esta etiqueta diagnóstica debería ser objeto de revisión, porque su traducción literal del inglés al castellano no es acertada, siendo más correcta la denominación 'desorientación'.

Por otro lado, entre los factores relacionados de la etiqueta confusión crónica debería considerarse la posibilidad de incluir los síndromes demenciales, concretamente en las fases moderada y grave, y no solamente la enfermedad de Alzheimer y la demencia multiinfarto.

Pero no sólo la clasificación de diagnósticos de la NANDA-I presenta deficiencias, sino que también ocurre en el caso de las clasificaciones de resultados de enfermería NOC y de intervenciones de enfermería NIC, tanto por las imprecisiones en algunas de sus definiciones como por las relaciones establecidas entre las etiquetas de estas clasificaciones y las de la NANDA-I. Estas relaciones NANDA-NOC y NANDA-NIC no son obligatorias, son sugerencias particulares de los autores de las clasificaciones NOC y NIC respectivamente, pero en algunos casos son relaciones inoportunas. Por ejemplo, no tiene sentido considerar el resultado NOC autocontrol del pensamiento distorsionado en un paciente con confusión crónica. Por otra parte, la mayoría de los resultados sugeridos que han relacionado los autores de la clasificación NOC con la etiqueta confusión crónica pertenecen al dominio salud fisiológica y clase neurocognitiva, es decir, están referidos a la situación fisiopatológica del paciente, y requieren intervenciones en colaboración con otros profesionales. La situación fisiopatológica no es el centro de atención de enfermería en el paciente con confusión crónica. El objetivo de la actuación enfermera se centra en la ayuda que se puede

prestar al paciente en la realización de las ABVD, supliendo su falta de conocimientos, de fuerza y/o de voluntad, y fomentando su máximo nivel de independencia, que constituyen actuaciones enmarcadas en el área de intervención enfermera independiente. Además, ninguno de los resultados sugeridos por los autores de la clasificación NOC está dirigido al cuidador principal, figura esencial que hay que tener presente en el cuidado del paciente con confusión crónica.

Lunney define la precisión diagnóstica como la aproximación del juicio clínico, mediante la declaración diagnóstica, a los datos que presenta el paciente.⁽¹⁶⁾ La precisión diagnóstica es motivo de preocupación por tres razones: a) las respuestas del ser humano son tan complejas y diversas que se corre el riesgo de que la precisión sea baja; b) la selección de las intervenciones más adecuadas depende de que la precisión sea alta; y c) la responsabilidad por conseguir un alto grado de precisión es una conducta profesional⁽⁴⁰⁾.

Actualmente, se pretende conseguir una mayor concordancia entre los profesionales de enfermería respecto a la formulación de diagnósticos.⁽¹⁶⁾ Las deficiencias de las clasificaciones enfermeras conducen a imprecisiones en el proceso de diagnóstico, pero la capacidad diagnosticadora del profesional de enfermería también influye en la falta de precisión⁽¹⁷⁾.

Para mejorar la precisión en sus diagnósticos, el profesional de enfermería necesita desarrollar competencias en los dominios interpersonal, técnico e intelectual,⁽¹⁹⁾ además del uso de la práctica reflexiva y un pensamiento crítico. Es fundamental que el profesional reflexione sobre su forma de pensar, es decir, sobre su razonamiento, lo que se conoce como metacognición, que constituye, sin duda, una herramienta de automejora.⁽⁴⁰⁾ Ser el responsable del diagnóstico significa prestar atención a su exactitud y revisar el proceso de razonamiento implicado en su definición.

En conclusión, este trabajo pretende, por un lado, ofrecer un amplio análisis de la etiqueta confusión crónica, pues hasta el momento se han realizado pocos estudios de la misma y de su diagnóstico diferencial respecto de otras etiquetas. El análisis crítico de estas etiquetas arroja deficiencias que pueden abrir las puertas a investigaciones futuras que permitan eliminar dichas deficiencias o, al menos, mejorarlas. Y, por otro lado, el trabajo presenta una reflexión sobre la importancia de la precisión en el proceso diagnóstico enfermero, indicando las imprecisiones más frecuentes, y señalando las competencias diagnósticas que necesita desarrollar el profesional de enfermería para mejorar la precisión.

Utilizar el razonamiento crítico cuando se usa un lenguaje estandarizado, como es el lenguaje enfermero, ayuda a conseguir resultados de salud positivos. Es primordial considerar las limitaciones de las clasificaciones enfermeras si se pretende mejorarlas. Con ello, no se pretende sustituir algo que no funciona, sino conseguir que algo que funciona bien lo haga mejor todavía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ried S, Dassen T. Chronic confusion, dementia and impaired environmental interpretation syndrome: a concept comparison. *Diagnosis*. 2000; 11(2):49-59.
2. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
3. Alzheimerinternacional2011.org [Internet]. Fundación Reina Sofía; Fundación Pasqual Maragall. Enfermedad de Alzheimer [consultado 25 de Octubre 2011]. Disponible en: <http://www.alzheimerinternacional2011.org/enfermedad.html>
4. MedlinePlus [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Demencia por multiinfarto. [consultado 26 de Octubre 2011]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000746.htm>
5. Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOCC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
7. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editors. Clasificación de intervenciones en enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
8. Alligood MR, Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2011.
9. Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrin C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
10. Mirc A, Cuk V. Preserving independent living activities in patients with dementia following the nursing theoretical models. *Obzor Zdr N*. 2010;44(3):163-72.
11. Álvarez L, Cuadrado P. Síndrome del cuidador del paciente con demencia. *Agathos*. 2011; 2: 12-18.
12. Luis Rodrigo MT, directora. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Masson; 2008.
13. Giménez AM, Serrano P. Imprecisiones del proceso diagnóstico enfermero. *Metas Enferm*. 2008;11(10):57-63.

14. Ponce JM, Bellido ML, Cortés I, López L, Rey E, Montaña A. Problemas identificados en atención domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la taxonomía NANDA. *Hygia*. 2006;64:42-48.
15. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
16. Lunney M. Critical need to address accuracy of nurses' diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 2008 jan [cited 2011 nov 15]; 13(1). Disponible en:
<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.html>
17. Brito PR. La precisión diagnóstica. *Rev ENE Enferm* [Internet]. 2011 Ago [consultado 28 Octubre 2011]; 5(2): 43-45. Disponible en:
<http://enfermeros.org/click/click.php?id=171>
18. Fornés J. Metodología científica y uso de taxonomías en salud mental. *Rev Presencia* [Internet]. 2008 Ene-Jun [consultado 29 Octubre 2011]; 4(7). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n7/p0248.php>
19. Lunney M. Valoración, juicio clínico y diagnósticos enfermeros: cómo determinar los diagnósticos adecuados. En: Herdman TH, editor. *NANDA International*. Ión 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 3-17.
20. Aird T, McIntosh M. Nursing tools and strategies to assess cognition and confusion. *Br J Nurs*. 2004;13(10):621-26.
21. Teodorczuk A, Welfare M, Corbett S, Mukaetova-Ladinska E. Developing effective educational approaches for Liaison Old Age Psychiatry teams: a literature review of the learning needs of hospital staff in relation to managing the confused older patient. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(6):874-885.
22. González R. Los diagnósticos de vigilancia en el contexto español. *Correo AENTDE* [Internet]. 2008 Dic [consultado 4 Enero 2012];11:6-11. Disponible en:
<http://www.aentde.com/correo/CA23.pdf>
23. Aiken L. Improving quality through nursing. In: Mechanic D, Rogut LB, Colby DC, Knickman JR. *Policy Challenges in modern health care*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press; 2005. p. 177-188.
24. Sociedad Española de Epidemiología, Grupo de trabajo sobre la medida del impacto en la salud de las lesiones por traumatismos. *Lesiones medulares*

traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España, 2000-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

25. Vidal MC, Alorda C, Adrover RM, Ripoll J, Taltayull JM, Sáenz de Ormijana A. Necesidades de las cuidadoras familiares de personas con accidente cerebrovascular en el domicilio: revisión estructurada 2000-2007. *Enferm Clin.* 2009;19(2):83-89.
26. Stroke.ahajournals.org [Internet]. Guidelines for the primary prevention of stroke. Dallas: American Heart Association/American Stroke Association; 2010 [cited 2011 nov 10]. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2010/12/06/STR.0b013e3181fcb238.short>
27. Zahr NM, Kaufman KL, Harper CG. Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nat Rev Neurol.* 2011 May;7(5):284-294.
28. Bickley LS, Szylagyi PG. Bates. Guía de exploración física e historia clínica. 10ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España; 2010.
29. López-Pousa S. La demencia: concepto y epidemiología. En: Alberca R, López-Pousa S. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.* 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2006. p. 33-42.
30. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, Maas ML, Moorhead S, editores. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC.* 2ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
31. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados en enfermería (NOC).* 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
32. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).* 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
33. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias [Internet].* 2009 [consultado 3 Enero 2012]; 21(2):121-132. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf
34. Márquez A. Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencias. *Hygia.* 2009;71:13-18.
35. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología [Internet]. *Tratado de geriatría para residentes.* Madrid: International Marketing & Communication; 2006 [consultado 4 Enero 2012]. Disponible en: <http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>

36. Adamis D, Sharma N, Whelan PJP, Macdonald AJD. Delirium scales: a review of current evidence. *Aging Ment Health*. 2010 Jul [cited 2011 nov 15];14(5):543-55. Disponible en: <http://0-web.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=17&sid=dd65f5fd-00d8-4659-88da-ed3f29aa5a65%40sessionmgr4>
37. Wang J, Menten JC. Factors determining nurse's clinical judgments about hospitalized elderly patients with acute confusion. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2009 Jun [cited 2011 nov 15];30(6):399-405. Disponible en: <http://0-web.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=17&sid=dd65f5fd-00d8-4659-88da-ed3f29aa5a65%40sessionmgr4>
38. Sendelbach S, Guthrie PF, Schoenfelder DP. Acute confusion/delirium. *Gerontol Nurs*[Internet]. 2009 Nov [cited 2011 nov 16];35(11):11-18. Disponible en: <http://0-web.ebscohost.com/cisne.sim.ucm.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=17&sid=dd65f5fd-00d8-4659-88da-ed3f29aa5a65%40sessionmgr4>
39. Herdman TH, editor. *NANDA International. Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014*. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell; 2012.
40. Lunney M. *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos: estudio de casos y análisis de enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2011.
41. Pino R de. Nuevos retos para el desarrollo de los diagnósticos enfermeros. *Rev Rol Enf*. 2009;32(7-8):512-514.

ANEXO I

ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LA ETIQUETA CONFUSIÓN CRÓNICA

Definición
Deterioro irreversible, de larga duración y/o progresivo del intelecto y de la personalidad, caracterizado por disminución de la capacidad para interpretar los estímulos ambientales, reducción de la capacidad para los procesos de pensamiento intelectuales, manifestado por trastornos de la memoria, de la orientación y de la conducta
Factores relacionados
Enfermedad de Alzheimer Accidente vascular cerebral Traumatismo craneal Psicosis de Korsakoff Demencia multiinfarto
Características definitorias
Alteración de la interpretación Alteración de la personalidad Alteración de la respuesta a los estímulos Evidencia clínica de deterioro orgánico Deterioro de la memoria a largo plazo Deterioro de la memoria a corto plazo Deterioro de la socialización Deterioro cognitivo de larga duración No hay cambios en el nivel de conciencia Deterioro cognitivo progresivo

Fuente: Adaptado de: NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España; 2010.

ANEXO II

ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LA ETIQUETA SÍNDROME DE DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO

Definición
Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante más de 3 -6 meses, que requiere un entorno protector
Factores relacionados
Demencia Depresión Enfermedad de Huntington
Características definitorias
Estados confusionales crónicos Desorientación constante Incapacidad para concentrarse Incapacidad para seguir directrices sencillas Incapacidad para razonar Pérdida del empleo Pérdida del funcionamiento social Lentitud en la respuesta a las preguntas

Fuente: Adaptado de: NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España; 2010.

ANEXO III

ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LA ETIQUETA *DETERIORO DE LA MEMORIA*

Definición
Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales
Factores relacionados
Anemia Disminución del gasto cardíaco Excesivas alteraciones ambientales Desequilibrio de líquidos y electrolitos Hipoxia Trastornos neurológicos
Características definitorias
Experiencia de olvidos Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta Incapacidad para aprender una nueva conducta Incapacidad para aprender nueva información Incapacidad para aprender nuevas habilidades Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida Incapacidad para recordar acontecimientos Incapacidad para recordar información sobre los hechos Incapacidad para retener nueva información Incapacidad para retener nuevas habilidades

Fuente: Adaptado de: NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España; 2010.

ANEXO IV

ELEMENTOS DEFINITORIOS DE LA ETIQUETA CONFUSIÓN AGUDA

Definición
Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto periodo de tiempo
Factores relacionados
Abuso del alcohol Delirio Demencia Abuso de drogas Fluctuaciones en el ciclo sueño-vigilia Edad superior a los 60 años
Características definitorias
Fluctuación en el conocimiento Fluctuación en el nivel de conciencia Fluctuación en la actividad psicomotora Alucinaciones Agitación creciente Intranquilidad creciente Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo Falta de motivación para mantener una conducta intencionada Falta de motivación para iniciar una conducta dirigida al logro de un objetivo Falta de motivación para iniciar una conducta intencionada Percepciones erróneas

Fuente: Adaptado de: NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier España; 2010.

ANEXO V

ÍNDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Alimentación	Independiente	10
	Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.	5
	Dependiente	0
Lavado (Baño)	Independiente: es capaz de lavarse todo el cuerpo usando la ducha o la bañera	5
	Dependiente	0
Vestido	Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
	Dependiente	0
Arreglo	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, lavarse los dientes, etc.	5
	Dependiente	0
Deposición (valorar la semana previa)	Continente: ningún episodio de incontinencia	10
	Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios	5
	Incontinente	0
Micción (valorar la semana previa)	Continente: ningún episodio de incontinencia	10
	Accidente ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; requiere ayuda para manipular sondas u otros dispositivos	5
	Incontinente	0

Uso del retrete	Independiente	10
	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse	5
	Dependiente	0
Traslado sillón-cama	Independiente	15
	Mínima ayuda física o supervisión verbal	10
	Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama	5
	Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; incapaz de permanecer sentado	0
Deambulaci3n	Independiente: camina solo 50 metros; puede usar cualquier ayuda (pr3tesis, bast3n, muletas, etc) excepto andador	15
	Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie; deambula 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros; gira esquinas solo	5
	Dependiente	0
Subida de escalones	Independiente para subir y bajar un piso sin supervisi3n ni ayuda de otra persona, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo	10
	Necesita ayuda: supervisi3n f3sica o verbal	5
	Dependiente: necesita ascensor o no puede salvar escalones	0

Fuente: Adaptado de: Sociedad Espa1ola de Geriatr3a y Gerontolog3a. *Tratado de Geriatr3a para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication; 2006.

ANEXO VI

ESCALA DE ZARIT DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	

16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Fuente: Adaptado de: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid: International Marketing & Communication; 2006.

Recibido: 1 octubre 2012.

Aceptado: 11 octubre 2012.