

TFG. López García Irene

by Irene López García

FILE	17541_IRENE_LÓPEZ_GARCÍA_TFG_LÓPEZ_GARCÍA_IRENE_987583_973545917.PDF (778.61K)	WORD COUNT	11437
TIME SUBMITTED	20-JUN-2017 09:49PM (UTC+0200)	CHARACTER COUNT	68323
SUBMISSION ID	826436727		

Trabajo Fin de grado

**Estudio experimental: evaluación de la efectividad de la
intervención enfermera fomentar la resiliencia para tratar el
afrentamiento defensivo en niños asmáticos**

Alumna: Irene López García
Tutora: M^a del Valle Garzón Delgado

Madrid, junio de 2017.

Índice

Resumen.....	3
Abstract	4
Presentación	5
Estado de la cuestión	6
Fundamentación	6
1. Introducción.....	6
2. El asma como problema de salud	7
3. El proceso vital de la adolescencia.....	8
4. Bases para la comprensión del concepto de afrontamiento.....	9
5. Afrontamiento defensivo como problema de cuidados	15
6. La resiliencia como intervención	16
Proyecto de investigación experimental.....	19
Metodología	20
Diseño del estudio.....	20
Sujetos del estudio.....	20
Variables	21
Intervención a evaluar.....	24
Procedimiento de recogida de datos	29
Fases del estudio	30
Cronograma	31
Análisis de datos	32
Aspectos éticos	33
Limitaciones del estudio.....	34
Bibliografía	35
Anexos.....	39

Resumen

La adolescencia es un periodo vital caracterizado por múltiples cambios que pueden desembocar en problemas de salud abordables por el profesional de enfermería, tales como el afrontamiento defensivo, que por sus características, en compañía de una de las enfermedades crónicas más prevalentes en España, el asma, puede suponer un verdadero riesgo para la salud de estos jóvenes. Un mal control de la enfermedad entrañará consecuencias clínicas y económicas adversas evitables.

El objetivo de este trabajo es determinar si la intervención enfermera [8340] *Fomentar la resiliencia* es verdaderamente efectiva en este tipo de pacientes a la hora de tratar el afrontamiento defensivo.

Para ello, se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental de estudio de varianza anova, para determinar si existe relación significativa ente la aplicación de la intervención enfermera y el diagnóstico, mediante la evaluación de criterios de resultado enfermero pre-intervención y post-intervención en un grupo control al que no se le aplica la intervención y un grupo experimental que sí la recibe.

Este trabajo pretende aportar evidencia científica en relación con la aplicación de la intervención enfermera enfocada a mejorar el afrontamiento defensivo en adolescentes asmáticos, para poder emplear en el futuro este tipo de intervención con la certeza de que se reducirán los riesgos asociados a la patología de base.

Palabras clave: afrontamiento, afrontamiento defensivo, adolescentes, asma, intervenciones, eficacia, enfermería.

Abstract

Adolescence is a vital period characterized by multiple changes than can lead to health problems than can be addressed by the nursing professionals, such as Defensive coping [00071], which due to its characteristics, in company of one of the most prevalent chronic illness in Spain, asthma, can pose a real risk to the health of these young people. If the disease is not well controlled, will lead to avoidable adverse clinical and economic consequences.

The aim for this paper is to determine whether the nursing intervention Resiliency promotion [8340] is truly effective in this type of patients when dealing with defensive coping.

In pursuance of proving it, a quasi-experimental study of an anova variance study will be carried out to determine if there is a significant relationship between the application of the nursing intervention and the diagnosis, by means of the Nursing Outcomes Classification pre-intervention and post-intervention criteria in a control group to which the intervention is nor applied and an experimental group that does receive it.

This paper aims to provide scientific evidence related to the application of the nursing intervention focused in improving defensive coping in adolescents with asthma, with a view to apply it with the certainty that the risk associated with asthma will be reduced.

Key words: coping, defensive coping, adolescence, asthma, interventions, effectiveness, nursing.

Presentación

La elección temática a la hora de elaborar un trabajo de fin de grado supuso para mí una cuestión de inversión, porque de mi decisión dependerían los futuros seis meses de actividad académica. Puede parecer fácil, a priori, ya que debe primar la aptitud en relación a un área asistencial, pero se han de tener en cuenta las aplicaciones en referencia a esa área. Cuando leí la lista de temas propuestos no dudé, y supe que no debía elaborar uno propio porque éste contenía las cuestiones que me he planteado a lo largo de mi corta experiencia en el hospital.

En base a la investigación y en especial el tiempo invertido en búsqueda bibliográfica acerca de la evaluación de eficacia de intervenciones de enfermería, he comprobado que es un área creciente pero poco abordada aún por las enfermeras, y me enorgullece formar parte de este colectivo. Es fundamental, considero, aplicar unos cuidados basados en evidencia científica, y no sólo porque así lo estima la NANDA, que orienta nuestras acciones, sino porque así lo demostremos a través de investigaciones como la que he llevado a cabo, principalmente, porque no todas las intervenciones son idóneas para cada tipo de paciente, y poco a poco se han de encontrar las piezas que encajen en el puzle del cuidar.

No ha sido tarea fácil, cada día y cuestión han supuesto un reto, pero sabiendo que todo el esfuerzo viene recompensado, que no es trabajo en vano y puede llegar a tener una aplicación práctica real, me enorgullece y llena de ganas para no abandonar proyectos así en mi futura e incipiente carrera profesional.

Agradezco a cada uno de los que han estado cerca de mí en este periodo, tratando de entender tantos conceptos a los que yo me refería y era incapaz de transmitir, por animarme a ser excelente y no rendirme, gracias. A mi madre, que le apasiona comprobar que la enfermería avanza y yo formo parte de ella. A mis compañeras, fieles guerreras en esta batalla de aprender. Y a vosotros, mis pacientes, porque todo esfuerzo merecerá siempre la pena por vosotros, a quien debo mi yo más dulce y apasionado.

Estado de la cuestión

Fundamentación

1. Introducción

Para el desarrollo de este trabajo se ha tenido que llevar a cabo una exhaustiva búsqueda bibliográfica y para ello se han empleado diferentes medios de búsqueda. En primer lugar, se han empleado bases de datos, tales como Pubmed o Cinahl, donde gracias al uso de palabras clave como defensive, coping, interventions, nursing, child, children, adolescence u hospitalized, y la aplicación de conectores como AND y OR, en combinaciones como defensive AND coping, hospitalized AND children, children AND coping se han obtenido multitud de artículos que han orientado la redacción de la fundamentación de este trabajo. Además, se ha recurrido a buscadores especializados en literatura científica como Google Scholar o Enfermería21. Por último, también han sido de utilidad algunos libros de teoría enfermera. Por lo general, las búsquedas se han considerado fructíferas, porque si bien determinados artículos no se estimaban relevantes para el estudio del tema en el que trataba orientarse este trabajo por la descripción de los mismos en su resumen o abstract, su bibliografía ofrecía otros que sí lo han hecho. Hay un gran número de artículos centrados en el estudio del afrontamiento en enfermedades crónicas, y un sin fin de ellos tratan terapias relacionadas con ello, pero sin duda, hay poco material publicado por enfermería. Sin embargo, se ha utilizado material de psicología para enfoque del tema a tratar. Las búsquedas, como se ha descrito, se han realizado mayoritariamente en inglés, por la facilidad a la hora de obtener resultados. De los aproximadamente cuarenta artículos que podían considerarse útiles tras una primera lectura, se han seleccionado finalmente 31 para la redacción final.

Tras una lectura de los artículos de más relevancia y contraste con el resto de literatura de la que se disponía, con el mejor criterio posible se ha decidido orientar la argumentación del trabajo tratando en principalmente el problema del asma, por la relevancia que tiene llevar una mala gestión de la enfermedad y lo relativo a su prevalencia como enfermedad crónica en España. A continuación, se habla de los adolescentes, que son quienes peor se ajustan al tratamiento del asma, por su facilidad para presentar un afrontamiento defensivo. El afrontamiento ha de estudiarse, para conocer su origen y determinar qué factores pueden desencadenar un afrontamiento que se ajuste erróneamente al estresor. Por ello, dentro de enfermería se contempla el afrontamiento defensivo, que ofrece intervenciones para paliarlo.

Finalmente, el presente trabajo aporta la relevancia de la resiliencia en el proceso de afrontar, a partir de una visión enfermera, aplicando la intervención que lleva su nombre en este perfil de pacientes a los que no se les ha estudiado con anterioridad desde esta perspectiva.

2. El asma como problema de salud

El asma y las alergias han aumentado su prevalencia en la última época. En Europa occidental el índice de aparición de síntomas es diez veces más alto que en países del este (1). En España, la alergia tiene una prevalencia del 10%, y el asma 5,2%. Entre los menores de 15 años, la primera causa de consulta en los centros de atención primaria son los problemas del aparato respiratorio. En el grupo de 15 y más años, la segunda causa más frecuente de consulta continúan siendo los problemas del aparato respiratorio (2). Tanto la morbilidad como la mortalidad por asma son relevantes. El número de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que se han perdido consecuentemente al asma en todo el mundo es similar al de la diabetes, la cirrosis hepática y la esquizofrenia, aunque los planes de tratamiento del asma han reducido la mortalidad asociada y su gravedad en los países donde se han aplicado. (3)(4)

El control deficiente de los síntomas del asma es un serio problema que entraña consecuencias clínicas y económicas adversas, porque de él derivan gastos médicos directos como ingresos o preparaciones farmacéuticas, e indirectos como muertes prematuras (2). Algunos de estos síntomas mal controlados son referidos por los niños como factores causantes de interrumpir el sueño durante la noche, ocurriendo con mayor frecuencia entre adolescentes (5). Además, como es propio de una enfermedad crónica, afecta a actividades normales en la vida del niño, como presentar silbilancias al practicar deporte. La enfermedad o su sintomatología absorbe tiempo que el niño debiera dedicar a otras que son características de esta etapa, por las frecuentes hospitalizaciones, cuidados de salud en casa, procedimientos médicos y el impedimento que supone no poder actuar como los demás niños (6).

Muchos estudios se han enfocado en mejorar los resultados del asma, pero pocos de ellos lo han hecho en mejorar la adherencia al tratamiento, siendo la dificultad más grande en los adolescentes (7). El mal control del asma desde la infancia, si no es corregido en la adolescencia, supondrá un serio problema para muchos enfermos en la edad adulta, porque las crisis asmáticas son tan comunes en adolescentes como en niños. Se ha demostrado que la morbilidad del asma en éstos puede evitarse en gran

medida con programas eficaces de autogestión (8)(4). El conocimiento de la enfermedad, de su sintomatología y tratamiento, no sólo evitará la aparición de crisis y con ello el uso de recursos sanitarios, sino que el paciente asmático podrá llevar a cabo actividades propias de su etapa vital y desarrollarse en el entorno que le sea propio: excursiones al campo, practicar deporte, etc. (1)(7)(9)

La prevalencia del asma se mantiene en la adolescencia por la dificultad que éstos tienen para cumplir con el tratamiento y reducir la sintomatología, es por ello que el momento clave para involucrarles en la gestión de su enfermedad es este proceso vital, evitando consecuencias más graves de la enfermedad.

3. El proceso vital de la adolescencia

La OMS define "la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana, de 10 a 14 años y la adolescencia tardía, de 15 a 19 años" (10). La adolescencia es un periodo de desarrollo caracterizado por sus múltiples cambios; Los adolescentes tratan de encontrar su propia identidad, lidiando en el plano social luchando por encajar. Prima la autonomía, el desarrollar un sentido de sí mismos y de su sexualidad. Se enfrentan a cambios hormonales mientras incrementan su habilidad cognitiva, con periodos de incertidumbre, conciencia de sí mismos, labilidad personal y aumento de comportamientos de riesgo (11) (12) (13).

Existe una metodología enfermera denominada "Procesos Vitales de Cuidados" que hace referencia a "*aquellas condiciones, problemas, situaciones o etapas vitales cuya presencia puede generar en las personas una modificación en su demanda de cuidados o en la capacidad para satisfacerla que genera respuestas humanas disfuncionales que precisan de la puesta en marcha de planes de cuidados para resolver o controlar dichas respuestas o sus manifestaciones*" (14). Según esta clasificación, la adolescencia es un proceso vital en el que existe alto riesgo de presentar el diagnóstico enfermero Afrontamiento defensivo [00071], porque la adolescencia conlleva poseer medidas ineficaces o insuficientes para desarrollar un buen afrontamiento (15).

Numerosos estudios resaltan la relevancia que tiene para los adolescentes padecer una enfermedad crónica durante esta etapa. Aumentan los niveles de angustia y depresión por la falta de control sobre la enfermedad, que impide el desarrollo de la independencia y autonomía tan anhelada en este periodo, como se mencionaba. Además, han de afrontar la enfermedad cumpliendo con los roles de desarrollo característicos para los adolescentes, lo que supone un esfuerzo extra (16) (17) (11) (12) (19).

Cuando un individuo se enfrenta a una situación que pone en riesgo su vida es cuando más propenso es a desarrollar un afrontamiento defensivo, que del mismo modo se asociará con comportamientos de riesgo y peor ajuste a la enfermedad (19) (20). Esto es así porque las enfermedades crónicas llevan asociados unos niveles de estrés crónico muy altos, que generarán cambios conductuales y emocionales (21), que como se verá, son áreas propias del afrontamiento. Existe evidencia que afirma que los peores estresores son aquellos que interfieren con las actividades de la vida cotidiana, por el esfuerzo que conlleva afrontarlos, cuando no se pueden llevar a cabo actividades que antes del diagnóstico se desarrollaban con normalidad (21).

Por tanto, el desarrollo de un afrontamiento defensivo se dará con toda probabilidad durante la adolescencia, y con más facilidad al tratarse de adolescentes que tengan una patología crónica de base, como el asma. La dificultad de desarrollarse en esta etapa, sumado a la responsabilidad de cumplir con un tratamiento son factores desencadenantes para presentar un afrontamiento defensivo.

4. Bases para la comprensión del concepto de afrontamiento

El estudio del afrontamiento es de vital relevancia porque aspectos del funcionamiento que más influenciados se ven por la exposición al estrés son la salud mental y la física, e incluso más fuertemente si se trata de niños o adolescentes (15). El afrontamiento no es un concepto que haga referencia a un comportamiento específico, por lo que es difícil determinar una estructura para las estrategias de afrontamiento, de hecho, existen alrededor de 400 tipos de afrontamiento (21).

4.1 Relación entre afrontamiento y estrés

El concepto de afrontamiento no puede desligarse del de estrés. Existen condiciones ambientales capaces de reducir la resistencia de cualquier organismo, con independencia de las características objetivas del suceso. Un suceso será estresante en la medida en que el sujeto lo valore o perciba como tal, porque ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo (20).

Desde el marco teórico del modelo transaccional del estrés, Lazarus, el investigador más citado en estudios sobre el afrontamiento, sugiere que ante una situación de estrés se debe tener en cuenta la valoración que la persona haga de los estresores, porque eso determinará los esfuerzos cognitivos y conductuales que emplee para afrontarlos, así como considerar las emociones o los afectos asociados que influyan en esa valoración (22). Lazarus considera que el afrontamiento puede estar orientado en primer lugar hacia la tarea cuando se centra en resolver el problema de manera lógica, buscando soluciones y elaborando planes de acción. En segundo lugar, puede estar centrado en la emoción cuando se centra en dar respuestas emocionales, de evitación, preocupación o mediante reacciones fantásticas o supersticiosas (15). Del mismo modo, Lazarus establece que ante un evento estresante se realiza una evaluación primaria, en la que el individuo valora la situación, considerándola positiva o no y sopesando las consecuencias que conlleva y una evaluación secundaria, donde se valoran las capacidades que se poseen para afrontarla, siendo ésta segunda el origen de las reacciones de estrés, como se explica en la tabla a continuación. (20)

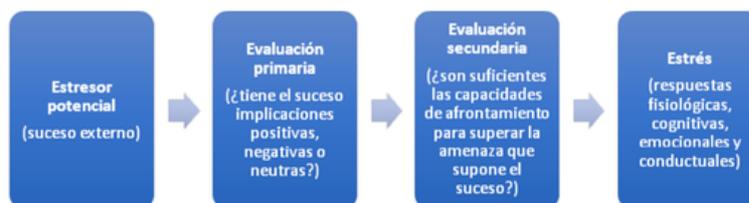


Figura 1. Diagrama del modelo de Lazarus. Elaboración propia a partir de Vázquez, C. 1995 (20)

Estados emocionales negativos y psicopatológicos aparecerán si se da un afrontamiento inadecuado en situaciones de estrés agudo (20).

4.2 Definiciones de afrontamiento

El afrontamiento es un reflejo importante de procesos más generales de auto-regulación de las emociones, la cognición, el comportamiento, de la fisiología y el entorno. La forma de afrontamiento durante la niñez determina el desarrollo de trayectorias más o menos adaptativas durante la edad adulta (15).

La definición de Lazarus y Folkman en 1984 es la más citada y a partir de la cual se han desarrollado numerosas investigaciones sobre el afrontamiento durante la infancia: *"constantes cambios en los esfuerzos cognitivos y de comportamiento para manejar demandas específicas tanto internas como externas que agotan o exceden los recursos de la persona"* (23). Así el afrontamiento es visto como un proceso dinámico que cambia en función de las demandas ambientales, o hacia las emociones negativas que han de paliarse, que surgen como resultado del estrés (15) (24).

Skinner y Wellborn definieron afrontamiento como la forma en la que la gente regula su comportamiento, emociones y orientaciones en condiciones de estrés psicológico. Situaron el afrontamiento en un modelo motivacional de control psicológico, entendiendo el afrontamiento como aquél enfocado en motivaciones básicas para el ser humano, como el ser competente, la autonomía y relaciones. Los esfuerzos de afrontamiento pueden estar orientados a suplir estas necesidades o a protegerse de amenazas dirigidas a ellas bajo situaciones de estrés. Contemplan diferentes formas de afrontamiento, las dirigidas a regular el comportamiento, a regular emociones o a regular el enfoque o la orientación del afrontamiento, como se puede ver en los ejemplos de la tabla a continuación (15).

Regular comportamiento	Búsqueda y resolución de problemas
Regular emociones	Mantener un pensamiento optimista
Regular orientación	Evitar el problema

Tabla 1. Modelo Skinner y Willborn. Elaboración propia a partir de artículo Compas, B. 2001. (15)

Eisemberg y sus colaboradores en 1997 identificaron el afrontamiento como una regulación continua del comportamiento y emociones, como forma específica de auto-regulación. Acordaron varias estrategias de afrontamiento, descritas en la tabla 2 a continuación. Clarifican, aunque la regulación emocional implica esfuerzo, el afrontamiento no siempre se lleva a cabo de forma consciente (15).

Primera estrategia	Intentos de regular la emoción directamente
Segunda estrategia	Enfocada en la situación
Tercera estrategia	La emoción guía el comportamiento

Tabla 2. Estrategias afrontamiento propuesta por Eisemberg. Elaboración propia a partir de Compas, B. 2001 (15)

Rothbaum, Weisz y Snyder en 1982 definen respuesta de afrontamiento como una acción intencionada, iniciada como respuesta a un estresor que se dirige directamente a una circunstancia externa o estado interno. Un objetivo de afrontamiento se define como el objetivo o la intención de una respuesta de afrontamiento, que suele implicar reducción del factor estresante o de alguno de sus aspectos (21).

Se puede definir entonces, en base a todas estas definiciones, que el afrontamiento es un esfuerzo volitivo que regula emociones, cognición, comportamiento, fisiología y la respuesta al entorno cuando se da un evento estresante. El nivel de desarrollo del individuo se relaciona con los recursos disponibles para llevar a cabo el afrontamiento, limitando el tipo de respuestas que se darán. Por tanto, el afrontamiento es un subconjunto de procesos de auto-regulación más amplios, esfuerzos, intencional y voluntariamente elaborados, específicamente en respuesta al estrés.

4.3 Estrategias de afrontamiento

Existen multitud de estrategias de afrontamiento a disposición del individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce.

La escala de Modos de Afrontamiento (ways of coping, WOC) fue elaborada por Folkman y Lazarus en 1985, determina ocho estrategias diferentes: confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-avoidance, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social (20) (25). No son las únicas dimensiones posibles de afrontamiento, de hecho, la mayoría de estudios sobre el afrontamiento emplean para su clasificación modelo de Rothbaum, Weisz y Snyder en 1982 que contempla las estrategias de afrontamiento como un estado de control, que tiene en cuenta las metas del individuo al iniciar el proceso de afrontamiento (26). Este modelo está dirigido a la población infantil que padece una enfermedad crónica y distingue tres estrategias de afrontamiento. La de control primario se refiere a esfuerzos de afrontamiento que tienen intención de influenciar eventos o condiciones objetivas. El control secundario conlleva el afrontamiento dirigido a maximizar su ajuste a las condiciones actuales, y el abandono de control que se refiere a la ausencia de cualquier intento de afrontamiento; refleja el manejo pasivo, evasivo o de separación que incluye la evitación cognitiva de la fuente de estrés. Algunos ejemplos que ayudan a su comprensión se explican en la tabla 3 (21).

En el contexto de enfermedad crónica, hay evidencia científica suficiente para afirmar que el control secundario está relacionado con un mejor ajuste de la enfermedad, del mismo modo que el control de evitación está relacionado con un ajuste pobre. En definitiva, el control secundario que conlleva estrategias como aceptación, reevaluación cognitiva y distracción, representan esfuerzos que maximizan el ajuste a las demandas de la enfermedad y su tratamiento (21) (27). También existe evidencia que sugiere que las respuestas de afrontamiento no son universalmente efectivas o no, sino que el grado en el que una estrategia conduce a un mejor o peor ajuste emocional y de comportamiento depende en parte de la relación entre la demanda del estresor y la meta o naturaleza de la respuesta de afrontamiento (21).

Afrontamiento control primario	Intentos del infante con la finalidad de eliminar el evento estresante o disminuir sus efectos. Ejemplo: cumplir con el tratamiento para ponerse bueno
Afrontamiento control secundario	Solicitud de ayuda o apoyo a personas adultas para resolver el problema porque se acepta la enfermedad. Ejemplo: pedir a los padres o al médico que le expliquen en qué consiste la enfermedad
Afrontamiento abandono de control	El infante percibe la situación como incontrolable. No hay meta u objetivo de afrontamiento. Ejemplo: dormir, esconderse en la habitación.

Tabla 3. Estrategias de afrontamiento por Rothbaum, Weisz y Snyder. Elaboración propia a partir de Hernández Altamirano, 2012. (26)

El afrontamiento implica esfuerzos que regulan las emociones y el comportamiento para enfrentarse a una situación o factor estresante. Las estrategias que se puedan llevar a cabo no son efectivas para todos por igual, y depende del estresor que provoque ese afrontamiento y las capacidades que se tengan para afrontarlo.

5. Afrontamiento defensivo como problema de cuidados

El cuidado se provee en cualquier entorno en el que pueda desarrollarse, gracias a un equipo multidisciplinar en el que cada profesional aporta su parte de conocimientos en este proceso de cuidar (28). El profesional de enfermería cuenta con teorías propias que le facilitan propugnar científicamente el cuidado, haciendo de esta práctica disciplinar una más autónoma y segura (29). La enfermería recurre a la taxonomía de NANDA International, de diagnósticos enfermeros, para tratar las respuestas humanas a los problemas de salud y procesos vitales. Se utiliza para categorizar y clasificar sus áreas de responsabilidad (28) (30).

Desde enfermería, y en relación al área de afrontamiento/tolerancia al estrés, la NANDA propone algunos diagnósticos, como Afrontamiento ineficaz [00069], Afrontamiento familiar comprometido [00074], Afrontamiento familiar incapacitante [00073], Disposición para mejorar el afrontamiento familiar o de la comunidad [00075] [00076], Negación ineficaz [00072], o Aflicción crónica [00137]. El presente trabajo se centra en el diagnóstico enfermero Afrontamiento defensivo [00071], definido como *"la proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva"*. Sus características definitorias son actitud de superioridad respecto a los demás, alteración en la evaluación de la realidad, dificultad en el establecimiento de relaciones, distorsión de la realidad, grandiosidad, negación de problemas, participación insuficiente en el tratamiento, autoconfianza insuficiente, etc. (28).

Como se ha mencionado con anterioridad, los adolescentes, por el hecho de encontrarse en esa concreta etapa vital, son más propensos a presentar este diagnóstico enfermero, además es observable actitudes de éstos con las características definitorias que se acaban de exponer. También se ha presentado la relevancia de ser asmático en la adolescencia, que incentivará la aparición del citado diagnóstico. El afrontamiento defensivo entraña comportamientos que dificultan el cumplimiento del tratamiento, descrito en los factores relacionados propuestos por la NANDA para este diagnóstico (28). Por ello, se mantiene la prevalencia de asma en este grupo de edad (7).

Podríamos decir que el adolescente al lidiar por partida doble con dos diagnósticos que en conjunto provocan un deterioro de los mismos, requiere de una intervención por parte de un profesional que comprenda la situación, a la que el paciente tome como referente (31), para aliviar alguno de ellos, principalmente el que está orientado a aceptar su enfermedad, para poder ser sueño de su devenir, gestionando la misma y controlando sus síntomas (1) (32).

6. La resiliencia como intervención

Se ha demostrado que un afrontamiento defensivo conlleva menor resiliencia, que en definitiva significa *"el proceso de identificación y desarrollo de recursos y fortalezas para manejar flexiblemente los factores de estrés para obtener un resultado positivo, un sentido de confianza, maestría y autoestima"* (18) (19). Dentro de la taxonomía NANDA para diagnósticos enfermeros, una resiliencia insuficiente es así mismo uno de los factores relacionados con el diagnóstico afrontamiento defensivo, y por ello la principal intervención enfermera, NIC [8340] es fomentar la misma, según su definición; *"Ayudar a individuos en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales"* (28).

Dentro de la poca investigación al respecto del afrontamiento defensivo y las intervenciones para su tratamiento, existe el Modelo de resiliencia en adolescentes (MRA), que se elaboró para demostrar que los factores de protección influyen en la salud positiva de los adolescentes, en cuanto a la forma de afrontar éstos situaciones difíciles cuando tienen cáncer. Representa íntegramente el proceso de resiliencia durante la adolescencia, porque recoge afirmaciones que se han ido exponiendo a lo largo de este trabajo y añade algunos conceptos que se consideran relevantes para aplicar con conocimiento la intervención antes mencionada. Los factores de riesgo que aparecen en el MRA son divididos en riesgo relacionado con la enfermedad y riesgo individual. Los factores de protección son los de protección familiar, social e individual, especificados en la figura número dos. Por último, el factor de resultado sería la resiliencia. El adolescente maneja factores de protección que colaboran en el desarrollo de capacidades resilientes que ayudan a llevar conductas saludables (29) (13).

Factores riesgo	Factores de protección	Factor resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo r/c enfermedad: factores que influyen negativamente en la resiliencia • Riesgo individual: riesgo aumentado por los problemas de salud y el afrontamiento defensivo empleado ante evento estresante 	<ul style="list-style-type: none"> • Protección familiar: buena relación familiar, óptima situación económica • Protección social: apoyo percibido por la persona por parte de amigos y proveedores de salud • Protección individual: estrategias que generan mayor capacidad de recuperación, pudiendo modificar resultados adversos 	<ul style="list-style-type: none"> • Resiliencia: "<i>proceso de identificación y desarrollo de recursos para manejar los factores de riesgo a fin de obtener resultados positivos</i>"

Figura 2. Explicación de los factores de riesgo y de protección del modelo MRA. Elaboración propia a partir de Castillo- Arcos, L. 2012. (29)

Esta intervención, que procura fortalecer la resiliencia, es la intervención que va a probar su eficacia en el presente trabajo, no sólo porque lo ha demostrado en anteriores estudios sino porque enmarca en sí misma lo contrario a estrategias que están lejos de ser positivas para afrontar una enfermedad, como la sensación de incontrolabilidad, inculpación a otras personas o técnicas de evitación, como sería el afrontamiento defensivo (20). Y precisamente por ello, se considera la intervención idónea.

Justificación

El asma es la segunda enfermedad más prevalente en España, especialmente en adolescentes, por la dificultad de éstos a la hora de cumplir con el tratamiento. Del mismo modo, este periodo se considera el idóneo para involucrarles en la gestión de su enfermedad, evitando consecuencias más graves que pudiera ocasionar ésta.

La adolescencia, por las características de su etapa vital, conlleva poseer medidas ineficaces para llevar a cabo un buen afrontamiento, lo que está directamente relacionado con padecer una enfermedad crónica como el asma. Aumentan niveles de angustia y depresión y retrasando la independencia y autonomía esperados en este periodo.

El estudio del afrontamiento es de relevancia, porque ayuda a comprender el origen de procesos más graves, como la falta de cumplimiento de un tratamiento, a la hora de enfrentarse a una enfermedad. Éste surge como respuesta al estrés, tras una valoración que el individuo hace del evento estresante, generando una respuesta que será más o menos adaptativa. Existen múltiples definiciones y estrategias de afrontamiento y todas ellas confluyen en la idea de que es un proceso que engloba esfuerzos de auto regulación cognitivos, de emoción, de comportamiento e incluso fisiológicos, orientados a cumplir con la demanda del estresor, variando en función de éste y del grado de desarrollo del individuo.

Desde enfermería, dando respuesta a los problemas de salud y procesos vitales, se recurre a la taxonomía NANDA que establece un criterio diagnóstico, determinando las intervenciones idóneas para cambiar esa situación de salud, en este caso, Afrontamiento defensivo [00071].

La resiliencia es una de las intervenciones enfermeras propuesta por la NANDA para tratarlo, porque ha demostrado su eficacia al potenciar los factores protectores requeridos a la hora de desarrollar un buen afrontamiento de la enfermedad y de la etapa vital que supone la adolescencia.

Este estudio tiene como objetivo determinar la efectividad de la intervención enfermera fomentar la resiliencia en adolescentes asmáticos que presenten afrontamiento defensivo, y por ello se va a llevar a cabo un estudio cuasi-experimental.

Proyecto de investigación experimental

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es evaluar la efectividad de la intervención enfermera *fomentar la resiliencia [8340]* aplicada en el tratamiento del afrontamiento defensivo en adolescentes con asma.

Objetivos específicos:

- 1- Identificar cambios en el proceso de afrontamiento del adolescente tras recibir la intervención *Fomentar la resiliencia [8340]*
- 2- Generar conductas que mejoren el proceso de afrontamiento en adolescentes diagnosticados de asma que presenten afrontamiento defensivo

Hipótesis

Hipótesis nula, H0:

- La intervención enfermera *Fomentar la resiliencia [8340]* no disminuirá el diagnóstico enfermero *Afrontamiento defensivo [00071]*.

Hipótesis alternativa, H1:

- La intervención enfermera *Fomentar la resiliencia [8340]* disminuirá el diagnóstico enfermero *Afrontamiento defensivo [00071]*.

Metodología

Diseño de estudio

Se va a llevar a cabo un estudio analítico cuasi-experimental, porque no cumple todos los criterios para considerarse un ensayo clínico y se quiere evaluar la efectividad de una intervención.

El tiempo total del estudio es de 18 meses, contando con la fase conceptual, metodológica y experimental.

Sujetos del estudio

La población diana son adolescentes de 10 a 19 años de edad, con asma diagnosticados al menos hace tres meses, y que presentan el problema de cuidados Afrontamiento Defensivo [00071].

La población accesible son adolescentes de 12 a 17 años de edad con asma diagnosticados al menos hace tres meses, que presentan el problema de cuidados Afrontamiento Defensivo [00071] residentes en el municipio de Parla.

La investigación tendrá lugar en tres centros de salud de la localidad de Parla; Centro de Salud Las Américas, Centro de Salud Isabel II y Centro de Salud San Blas. La población no se ha elegido de forma aleatoria y por el contrario se ha llevado a cabo una búsqueda estadística en la que se ha tenido en cuenta el nivel de paro y de menor renta bruta dentro de los municipios de la Comunidad de Madrid, porque se considera relevante el nivel socioeconómico de los sujetos para el estudio de la efectividad de la intervención enfermera Fomentar la resiliencia [8340] en el tratamiento del Afrontamiento defensivo [00071] porque se asumen factores protectores insuficientes por la falta de recursos. Por lo tanto, el estudio tendrá mayor relevancia si se consigue demostrar que la intervención es efectiva dentro de este contexto.

- Criterios de inclusión:
 - No fumadores.
 - Que entiendan y hablen castellano oral o escrito.

- Criterios de exclusión:
 - Fumadores.
 - No haber firmado el consentimiento informado, el adolescente o el tutor legal.
 - Pacientes que tengan otra patología relacionada con el aparato respiratorio.
 - Pacientes que presenten una enfermedad psiquiátrica que pueda alterar la determinación del grado de afrontamiento.

El tamaño previsto de la muestra no es posible calcularlo. Se han intentado llevar a cabo cálculos en función de la población diagnosticada de asma en España, en el municipio de Parla, también aquel porcentaje de adolescentes que frecuentan los centros de salud, pero se ha considerado muy difícil determinar aquellos adolescentes con asma que además hayan sido diagnosticados con afrontamiento defensivo, porque no hay registro de ello disponible para la investigación. Se propone entonces reclutar aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para poder comenzar el estudio y no se prevee un tamaño muestral. Para la simulación del estudio este dato no se ha tenido en cuenta, y se ha calculado el tiempo de desarrollo del estudio experimental como si se hubiera tenido acceso a esos datos.

La asignación de los grupos se hará de forma aleatoria, de forma alternativa, en función del tamaño de la muestra del que se disponga, por orden de reclutamiento, uno irá al grupo experimental y otro al grupo control.

Variables

- Variable independiente:
- Intervención enfermera Fomentar la resiliencia [8340]
 - Variables dependientes:
 - Criterio de resultado enfermero: Afrontamiento de problemas [1302]
 - Criterio de resultado enfermero: Aceptación del estado de salud [1300]
 - Criterio de resultado enfermero: Desarrollo infantil: adolescencia [0109]

- Variables demográficas

- Edad
- Sexo
- Calidad de relaciones familiares
- Escolarización
- Actividades de ocio

Variables	Tipo de variable	Categoría	Método recogida
Variable independiente: intervención de enfermería	cualitativa	Recibida/ no recibida	Registro por parte de enfermería
Variables dependientes			
Afrontamiento de problemas	cualitativa	Desde nunca demostrado a siempre demostrado	Criterio de resultado enfermero
Aceptación del problema de salud	cualitativa	Desde nunca demostrado a siempre demostrado	Criterio de resultado enfermero
Desarrollo infantil: adolescencia	cualitativa	Desde nunca demostrado a siempre demostrado	Criterio de resultado enfermero
Variables demográficas			
Edad	Cuantitativa discreta	años	Cuestionario
Sexo	Cualitativa	Femenino, Masculino	Cuestionario
Calidad relaciones familiares	Cualitativa	Mala, regular, normal, buena, excelente	Cuestionario
Escolarización adecuada a la edad	Cualitativa	Si/no	Cuestionario
Actividades de ocio	Cualitativa	Si/no	Cuestionario

Tabla 4. Clasificación de las variables del estudio según tipo, categoría y método de recogida. Elaboración propia

Criterio de selección de variables

- La variable independiente Intervención enfermera Fomentar la resiliencia [8340]
 - Es la intervención que se va a llevar a cabo, de la cual dependen las demás variables y por la cual se consideran el resto de datos importantes, de carácter cualitativo.
 - Su herramienta de recogida será el registro que anote la enfermera que lleve a cabo la intervención.

- Las variables demográficas:
 - Edad: se considera importante la posible relación entre la mejora del afrontamiento y la edad del adolescente. Se recogerá mediante un cuestionario.
 - Sexo: también puede establecer relación entre el género y el afrontamiento. Se recogerá mediante un cuestionario.
 - Calidad de relaciones familiares: uno de los factores que se van a tratar de potenciar durante las actividades que consolidan la intervención a aplicar es el factor protector familiar y hay estudios que determinan que se dará un mejor afrontamiento cuando hay apoyo por parte de la familia o la relación con éstos es buena. (videoconferencing to reduce stress)
 - Escolarización adecuada a su edad: permite establecer más relaciones entre variables, da pistas sobre la forma de adaptarse del adolescente.
 - Actividades de ocio: estimula los factores protectores sociales del adolescente con afrontamiento y se asocian con un mayor afrontamiento. (play interventions to reduce anxiety and negative emotions)

- Las variables dependientes son los criterios de resultado enfermero
 - Variables fundamentales para llevar a cabo la evaluación de los objetivos planteados en el estudio.
 - Se han seleccionado Afrontamiento de problemas [1302], Aceptación del estado de salud [1300] y Desarrollo infantil: adolescencia [0109], porque la NANDA los propone para el diagnóstico enfermero en el que se centra el estudio, permitiendo medir la evolución de los mismos a lo largo del tiempo, partiendo de la una situación basal.
 - Para su recogida se han elaborado unas tablas que recogen los indicadores de cumplimiento de los objetivos, los que se consideran apropiados en relación al afrontamiento según la NANDA.

Intervención a evaluar

❖ Grupo experimental:

A todos los participantes que hayan firmado el consentimiento informado, por tanto accedan y comprendan en qué consiste la participación en el estudio, y les haya sido asignado el grupo experimental, se les aplicará la intervención enfermera *Fomentar la resiliencia [8340]*. Para llevar a cabo la intervención se realizarán una serie de actividades, centradas principalmente en potenciar los factores protectores individuales, sociales y familiares. Por ello, las actividades se dividirán en estas tres categorías y se explicará el procedimiento para cada una de ellas por separado.

- Actividad para potenciación de factor protector individual:
 - Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud, es la actividad seleccionada, dentro de las propuestas por la NANDA, para consecución de la intervención.
 - Se entiende que el diagnóstico enfermero que se trata en este estudio (Afrontamiento defensivo [00071]) viene dado por el diagnóstico médico de asma que presentan los sujetos del estudio, por ello, la actividad seleccionada está relacionada con esto mismo.

- Actividad para potenciación de factor protector social:
 - Facilitar el desarrollo y uso de recursos del vecindario.
 - Además de proporcionar conocimiento de la enfermedad al adolescente, es fundamental que éste emplee su red de amigos como apoyo para superación de los eventos estresantes que han propiciado el afrontamiento defensivo, por ello, el principal que es la enfermedad asmática, al estar cubierto, se considera relevante.

- Actividad para potenciación de factor protector familiar:
 - Ayudar a los progenitores a determinar las expectativas de salud de sus hijos adecuadas a su edad.
 - La familia supone una pieza esencial en el proceso de afrontamiento y en especial para desarrollo de una buena resiliencia, que colaborará con la disminución de éste.

Para llevar a la práctica estas actividades, se ha diseñado una guía que la enfermera en consulta deberá aplicar siguiendo las pautas especificadas en la misma, para que sea igual de efectiva con independencia de quién o dónde se aplique.

Las sesiones tendrán lugar mensualmente desde la primera, por lo que se estima un tiempo de duración de ocho meses, una sesión por mes. La primera sesión individual se realizará la misma semana que la primera sesión familiar, pudiéndose dar el mismo día.

En el fomento de conductas positivas de búsqueda de la salud, la enfermera en consulta debe cumplir con el objetivo de transmitir al adolescente la importancia que tiene conocer su enfermedad y de qué forma puede controlar su sintomatología o prevenirla. De ese modo, los factores estresantes propios de la enfermedad, como son disnea durante la noche, incapacidad para hacer deporte, etc. Pueden ser aliviados. Además, no dependerán de sus padres para llevar estas conductas a cabo, pudiendo mantener su autonomía e independencia.

Sesión 1	Primera consulta individual: consulta de valoración	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none">- Para realización de diagnóstico situacional, recogida de datos por medio de valoración por Patrones Funcionales Marjory Gordon.- Tiene como objetivo identificar los problemas del usuario.- Se ha de orientar la entrevista, centrando los problemas, preguntando, sugiriendo dudas, etc.- Explorar sentimientos, ideaciones y conductas del usuario y su medio.- Solicitar la participación familiar cuando la situación lo requiera tanto para definir los problemas como para prestar los cuidados.- Establecer los objetivos enfermeros que impulsen los cuidados a ejercer.- Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero.		

Tabla 5. Pautas para las actividades a desarrollar en la sesión 1 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Fornés, Vives, J. 2008. (10)

Sesión 2	Segunda consulta individual: información acerca del asma	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - Debe conocer que el asma es una enfermedad crónica, que va a precisar un tratamiento de mantenimiento. - Debe distinguir los síntomas de su enfermedad. Debe conocer la diferencia entre broncoconstricción e inflamación. - Debe conocer y evitar (siempre que sea posible) los factores desencadenantes de una crisis. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 6. Pauta para las actividades a desarrollar en la sesión 2 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

Sesión 3	Tercera consulta individual: información acerca del tratamiento	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - Debe saber para qué son cada uno de los diversos fármacos que utiliza. - Debe conocer los posibles efectos secundarios de los fármacos y en qué manera se pueden minimizar. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 7. Pauta para las actividades a desarrollar en la sesión 3 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

Sesión 4	Cuarta consulta individual: enseñanza de técnicas y habilidades	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - Debe ser adiestrado en la utilización correcta del sistema o sistemas inhalatorios que vaya a utilizar para su tratamiento. - Debe ser adiestrado (en algunos casos) en la utilización del medidor de pico flujo, como método de control del calibre de sus vías aéreas. Es conveniente anotar esta información y, si es posible, plasmarla en una tarjeta que recoja el sistema de zonas (verde: sin síntomas, amarillo: precaución, rojo: peligro y doble rojo: máximo peligro). - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 8. Pauta para las actividades a desarrollar en la sesión 4 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

Sesión 5	Quinta consulta individual: control de crisis, autocontrol	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - A partir de la información recibida y de las habilidades aprendidas, el asmático debe ser capaz de detectar precozmente un agravamiento de su enfermedad. en caso de que éste se produzca debe aplicar el plan de acción, previsto y previamente consensuado, con el médico, con lo que evitará una situación de riesgo. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 9. Pauta para las actividades a desarrollar en la sesión 5 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

Sesión 6	Sexta consulta individual: repaso de la información obtenida	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - Permitir al adolescente expresar el conocimiento que ahora posee de la enfermedad y de los recursos disponibles para convivir con ella. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 10. Pauta para las actividades a desarrollar en la sesión 6 dentro de Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

En busca de ayudar a los progenitores a determinar las expectativas de salud de sus hijos adecuadas a su edad, la enfermera deberá reunirse con los familiares o tutores de los adolescentes explicándoles en que consiste la enfermedad asmática de su hijo, y el por qué entonces del afrontamiento defensivo.

Sesión 1 (simultánea a la sesión 1 individual)	Primera sesión familiar: entrevista familiar	Duración total: 1h
<ul style="list-style-type: none"> - Consulta programada para recoger o proporcionar información como para evaluar situaciones conflictivas, intentando disminuir, si las hubiera, ciertas tensiones significativas. - Complemento para la valoración inicial realizada en la consulta anterior con el adolescente. - Explicación, breve resumen de los aspectos fundamentales de la enfermedad asmática. Información acerca del asma, información acerca del tratamiento e información sobre el control de las crisis. 		

Tabla 11. Pautas para llevar a cabo las actividades en la sesión familiar Ayudar a los progenitores a determinar las expectativas de salud de sus hijos adecuadas a su edad. Elaboración propia a partir de Alonso Lebrero, A. 2011. (1)

Para facilitar el desarrollo y uso de recursos del vecindario, se informará al adolescente de los recursos de los que dispone la comunidad, es decir, del ayuntamiento, de actividades extraescolares o asociaciones.

Sesión 7	Séptima sesión individual: información sobre recursos del municipio	Duración total: 45 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Informar al adolescente sobre las actividades de las que dispone en el municipio, instándole a participar en alguna de ellas. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 12. Pautas para llevar a cabo las actividades a desarrollar en la sesión 7 dentro de Facilitar el desarrollo y uso de recursos del vecindario. Elaboración propia.

Sesión 8	Última sesión individual: valoración final	Duración total: 45 minutos
<ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos por medio de valoración por Patrones Funcionales Marjory Gordon. - Rellenar formularios de criterio de resultado enfermero. 		

Tabla 13. Pautas para llevar a cabo la última sesión individual, la valoración final para concluir las actividades de la intervención. Elaboración propia

❖ Grupo control:

Todos los participantes que tras haber firmado el consentimiento informado les haya sido asignado este grupo, acudirán a las sesiones fijadas por su enfermera, siguiendo la sistemática aplicada al grupo experimental. Este grupo, sin embargo, no recibirá la intervención, simplemente se le harán valoraciones según los patrones funcionales de Marjory Gordon, para poder completar los criterios de resultado enfermero y tener datos de la evolución de estos pacientes sin aplicárseles la intervención.

Procedimiento de recogida de datos

- 1- Una vez aprobado el proyecto se procede a hacer entrega a los participantes seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión y a sus tutores del consentimiento informado.
 - Se les explicará en qué consiste el proyecto, el número de sesiones y el lugar donde se llevarán
 - Se garantizará la confidencialidad de sus datos personales
- 2- Se procederá a la asignación por grupos de forma alternativa (uno al grupo control y otro al grupo experimental).
- 3- Se fijarán las sesiones de forma consensuada con los participantes según se indica en el apartado intervención a evaluar.
- 4- Los cuestionarios y el resto de recogida de datos se hará efectivo por medio de la enfermera que atenderá las consultas como investigadora y profesional que aplica la intervención.
- 5- Se recogerán los datos sociodemográficos que constituyen las variables demográficas mediante el cuestionario presente en los anexos.
- 6- Se realizará en cada sesión la valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon, siguiendo la guía descrita en los anexos, porque la NANDA suscribe la necesidad de un marco de valoración enfermera para generar diagnósticos enfermeros precisos (33), como el de Afrontamiento defensivo [00071] con el que trabaja este proyecto.
- 7- Con los datos obtenidos en la valoración enfermera se rellenarán los criterios de resultado enfermero, también descritos en los anexos.
- 8- Se tratará realizar una valoración más exhaustiva en la primera, última sesión y la única sesión familiar, centrándose únicamente en el patrón afrontamiento-tolerancia al estrés en el resto de sesiones. En total se realizarán nueve valoraciones.
- 9- Una vez finalizado el estudio se agruparán los datos obtenidos de cada uno de los participantes para proceder a analizarlos.

Los recursos que se necesitan son:

- Consentimiento informado
- Patrones Funcionales de Marjory Gordon
- Cuestionario de variables demográficas
- Criterios de resultado enfermero

Se requiere una sensibilidad especial por parte de la enfermera que lleve a cabo la intervención y entrevista, para, no sólo aclarar dudas y desarrollar esa relación de confianza, sino para percibir datos que permitan valorar el estado de adaptación en cada momento, ofrecer apoyo cuando el adolescente hable, y demás exigencias explicadas en el protocolo que ha de seguir la enfermera al aplicar la intervención.

Fases de estudio, cronograma

El estudio se divide en diferentes fases:

- Primera fase:
 - Fase conceptual: en la que se define qué se va a estudiar, respondiendo a la pregunta PICO que se plantea el investigador.
 - Formulación del problema
 - Revisión bibliográfica
 - Construcción del estado de la cuestión
 - Formulación de objetivos e hipótesis
 - Consentimiento comité de ética
 - ❖ Total: 4 meses
- Segunda fase:
 - Fase metodológica: plantea cómo se va a llevar a cabo aquello que se quiere estudiar.
 - Fase de planificación y diseño de la investigación: identificación de la población, criterios de inclusión y exclusión, selección de variables, diseño de plan de muestreo.
 - Implantación de herramientas de recogida de datos: seleccionar el método de recogida.
 - ❖ Total: 2 meses
- Tercera fase:
 - Fase empírica: lleva a la práctica lo formulado en las anteriores fases mediante lo descrito a continuación.
 - Selección y citación de los sujetos de estudio
 - Asignación por grupos
 - Aplicación de la intervención
 - Recolección de datos
 - Interpretación de datos
 - Difusión de resultados
 - ❖ Total: 12 meses

Cronograma

En anexo 5.

Análisis de datos

El análisis de los datos obtenidos es fundamental para determinar la relación que existe entre las variables. Se procesarán y analizarán de forma ordenada con el fin de cumplir con ese objetivo, para ello, se utilizará el programa estadístico SPSS® versión 19.0.

Se trata de un estudio de simple ciego, en el que los participantes desconocen el grupo al que pertenecen. Sin embargo, el investigador, que es asimismo el que interviene y recoge los datos, sabrá quién pertenece a cada grupo. Se seguirán los siguientes pasos:

1. Se hará un análisis descriptivo.
2. Se realizará una exposición de la distribución de las variables, calculando porcentajes y frecuencias absolutas para las variables cualitativas. Al no contar con variables cuantitativas no se podrá hacer media aritmética y desviación estándar.
3. La técnica de análisis más utilizada en este tipo de modelos de metodología manipulativa es el análisis de la variabilidad en las respuestas de los sujetos, por lo que se empleará un análisis de la varianza o Anova.

Aspectos éticos

Para la puesta en marcha del presente estudio, se remitirá el mismo al Comité de Ética en Investigación clínica correspondiente para su aprobación en cumplimiento con la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 del 3 de Julio, respetándose los principios de la declaración de Helsinki. Así mismo se realizará de acuerdo a las normativas nacionales Real Decreto 223/2004 e internacionales normas ICH y de Buenas Prácticas Clínicas Vigentes.

Se ha redactado un documento de información que asegura la confidencialidad de los datos personales de los sujetos de estudio. La información será tratada de forma anónima, siendo codificada como forma de registro, así se salvaguardará el anonimato, garantizando la privacidad de los datos personales según la Ley Orgánica vigente 15/1999 del 3 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal. Los participantes serán informados del proceder con sus datos clínicos explicados anteriormente, asegurándoles el uso de los mismos en exclusiva para este estudio.

Del mismo modo, según el Principio de Autonomía se entregará el consentimiento informado (anexo 1), que contiene lo citado anteriormente y toda la información relativa al estudio en el que el sujeto y sus tutores van a participar, siendo participes de forma voluntaria.

Se velará por el bienestar de los participantes ciñéndose al Principio de Beneficencia, evitando de cualquier forma los riesgos que pueda entrañar el mismo, anteponiendo los beneficios, como indica el Principio de no Maleficencia, interrumpiéndose el estudio en caso de que así fuera.

Por último, según el Principio de Justicia, se llevará a cabo un trato justo, sin discriminación hacia ninguno de los participantes.

La enfermera investigadora deberá garantizar que se lleva a cabo este procedimiento de forma rigurosa.

Limitaciones del estudio

Las amenazas a la validez interna del estudio son las siguientes:

- Los participantes durante la realización del estudio pueden experimentar algún suceso que altere su grado de afrontamiento, lo que puede afectar a la relación entre la variable independiente y la dependiente.
- Durante el proceso de la recogida de datos, que coincide con la aplicación de la intervención, los participantes pueden madurar y cambiar de forma natural como consecuencia del paso del tiempo, alterando la posible implicación de la variable independiente con la dependiente.
- A la hora de recoger la información, la enfermera investigadora puede alterar de alguna manera la forma en la que los participantes respondan a las preguntas, simplemente por variar a la hora de ser formuladas.
- Los grupos control y experimental, aunque con asignación aleatoria, pueden presentar diferencias significativas que alteren los resultados.
- Al recibir la no intervención los participantes del grupo control, pueden percibir que está siendo así y cambiar las respuestas reales a los cuestionarios y valoraciones por sugestión.

Amenazas a la validez externa:

- No supondría una amenaza el hecho de poder aplicar esta intervención a cualquier sujeto, porque se lleva a cabo una intervención especialmente destinada a pacientes con asma, palpable en su contenido.
- Se podría aplicar la intervención o llevar a cabo el estudio en cualquier momento temporal
- Se podría aplicar la intervención a otro grupo de edad llevando a cabo las mismas actividades.

Bibliografía

1. Alonso Lebrero, A., Blanco González, J., Cervigón Morales, P. and Contreras Porta, F J. (2011). *Guía autocuidados asma*. 13th ed. Madrid: Consejería de Sanidad. Dirección General de Atención Primaria.
2. Informe anual del sistema nacional de salud 2015 resumen. (2017). 1st ed. [ebook] Madrid: ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, pp.8,9. Available at: <http://www.msssi.gob.es/> [Accessed Feb. 2017].
3. Bousquet, J., Bousquet, P J., Godard, Philippe. and Daures, J P. (2017). *Boletín de la organización mundial de la salud. Recopilación de artículos*. [online] Who. int. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/7/bousquetabstract0705/es/> [Accessed 3 Feb. 2017].
4. Díaz, C.A. (1997). Organización territorial de la atención al niño con asma. Guía para la puesta en marcha de un Plan de Área. I: Planificación estratégica. *Boletín de Pediatría*, 37, pp.78-84.
5. López Silvarrey, Á., Pértega Díaz, S., Rueda Esteban, S., Sánchez Lastres, J., San José González, M., Sampedro Campos, M., Pérez Castro, T., Gamelo Suárez, L., Bamonde Rodríguez, L., López Silvarrey Varela, J. and gonzález Barcala, J. (2011). Prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma de Galicia (España) y sus variaciones geográficas. *Archivos de bronconeumología*, 47(6), pp.274-282.
6. Compas, B., Jaser, S., Dunn, M. and Rodriguez, E. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), pp.455-480.
7. Halterman, J., Riekert, K., Bayer, A., Fagnano, M., Tremblay, P., Blaakman, S. and Borrelli, B. (2011). A Pilot Study to Enhance Preventive Asthma Care among Urban Adolescents with Asthma. *Journal of Asthma*, 48(5), pp.523-530.
8. Rhee, H., Belyea, M., Hunt, J. and Brasch, J. (2011). Effects of a Peer-Led Asthma Self-management Program for Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(6).

9. Torres Fermán, I., Saldívar González, A., Beltrán Guzmán, F., Vázquez Nava, F. and Navarro Hernández, A. (2011). La Hospitalización, cirugía, salud y enfermedad en los niños, una experiencia saturada de emociones. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(3), pp.1-18.
10. Fornés Vives, J. and Gómez Salgado, J. (2008). *Principales problemas de salud mental e intervención enfermera*. Madrid: Fuden, pp.555, 564.
11. Lauer, A. (2015). Treatment of Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(5), pp.278-283.
12. Richter, D., Koehler, M., Friedrich, M., Hilgendorf, I., Mehnert, A. and Weißflog, G. (2015). Psychosocial interventions for adolescents and young adult cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 95(3), pp.370-386.
13. Rosenberg, A., Yi-Frazier, J., Wharton, C., Gordon, K. and Jones, B. (2014). Contributors and Inhibitors of Resilience Among Adolescents and Young Adults with Cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 3(4), pp.185-193.
14. Arribas Cachá, A., Santamaría García, J., Sellán Soto, C., Amescua Sánchez, A., Gómez González, J. and Jiménez Rodríguez, M. (2010). *Procesos vitales de cuidados*. 1st ed. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado. FUDEN.
15. Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A. and Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), pp.87-127.
16. Li, W., Chung, J., Ho, K. and Kwok, B. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16(1).

17. McDonald, F. and Patterson, P. (2015). Evaluation of a Resource for Adolescents and Young Adults Diagnosed With Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 32(5), pp.284-294.
18. Haase, J., Kintner, E., Monahan, P. and Robb, S. (2014). The Resilience in Illness Model, Part 1. *Cancer Nursing*, 37(3), pp.E1-E12.
19. Robb, S., Burns, D., Stegenga, K., Haut, P., Monahan, P., Meza, J., Stump, T., Cherven, B., Docherty, S., Hendricks-Ferguson, V., Kintner, E., Haight, A., Wall, D. and Haase, J. (2014). Randomized clinical trial of therapeutic music video intervention for resilience outcomes in adolescents/young adults undergoing hematopoietic stem cell transplant: A report from the Children's Oncology Group. *Cancer*, 120(6), pp.909-917.
20. Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F., Sanz, J. and Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. *Manual de psicología*, 2, pp.341-378.
21. Compas, B., Jaser, S., Dunn, M. and Rodriguez, E. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), pp.455-480.
22. Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1994). Passion and reason: Making sense of our emotions. 1st edition. New York: Oxford University Press.
23. Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. 1st edition. New York: Springer.
24. Richards, M. and Steele, R. (2007). Children's self-reported coping strategies: The role of defensiveness and repressive adaptation. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(2), pp.209-222.
25. Folkman, S. and Lazarus, R. (1988). *Ways of Coping*. [Research edition] Mind Garden, Ways of coping Questionnaire. Red Wood city, CA.

26. Hernández Altamirano, S. and Gutierrez Lara, M. (2012). *Acta de Investigación psicológica*. 2nd ed. [ebook] Mexico: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, pp.690-691. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933341007> [Accessed Apr. 2017].
27. Oliveros Ariza, E., Barrera, M., Martínez, S. and Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnóstico de cáncer. *Revista de psicología GEPU*, 1(2), pp.19-29.
28. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017*; Herdman T.H. (ED); copyright © 2014, 1994-2015 NANDA International; used by arrangement with John Wiley & Sons, Limited.
29. Castillo-Arcos, L. and Benavides-Torres, R. (2012). Model of Sexual Resilience in the Adolescent: Middle Range Theory. *Aquichan*, 12(2), pp.169-182.
30. Suárez Ramirez, N. (2010). El niño hospitalizado: repercusión psicológica y papel de enfermería. *Ciber revista seeue. Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias.*, 11(1), pp.1-13.
31. Muñoz Montañó, M., Durán Sánchez, I., Osa García, V. and Torres Muñoz, R. (2009). La atención enfermera en el proceso de afrontamiento ante la comunicación de diagnósticos graves. *Biblioteca Lascasas*, 5(3), pp.1-13.
32. Moneo Hernández, I., Oliván Ojal, M., Forés Catalá, M. and Lambán Casamayor, E. (2009). Herramientas en la educación del niño asmático. *Revista pediátrica Atención Primaria*, 11(Suplemento 17), pp.415-422.
33. Amad Pastor, M. (2017). *Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad*. Doctorado. Universidad de Murcia.
34. Moorhead, S. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. St. Louis, Missouri: Elsevier/Mosby.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

Nombre y apellidos:
DNI:

Nombre y apellidos tutor:
DNI del tutor:

Por este documento consiento en participar en este programa de evaluación de efectividad de la intervención enfermera Fomento de la resiliencia [8340] para pacientes con asma.

Entiendo que realizaré entrevistas distribuidas en ocho sesiones, para cumplimentar una serie de cuestionarios que serán de utilizad para el estudio. En ellas, se me harán preguntas sobre mi historia de salud y personal, también pensamientos, comportamientos y sentimientos, así mis respuestas serán totalmente confidenciales y anónimas y que puedo no contestar cualquier pregunta que no quisiera responder.

He sido informado de que deberé asistir a las sesiones concertadas con la enfermera que me realizará las entrevistas durante un periodo de seis meses.

He sido avisado de que el entrevistador responderá a cualquiera de mis preguntas sobre los procedimientos y pro pósitos de este estudio, pero que ciertas preguntas que puedan afectar a los resultados de esta investigación no me serán respondidas hasta la finalización de la misma.

Consiento que los resultados de este estudio puedan ser publicados en revistas o libros científicos o difundidos en otros medios de la comunidad científica. No obstante, entiendo que mi nombre nunca aparecerá en los mismos, solo se reflejarán resultados de grupo y que la identidad de los participantes será protegida.

He sido informado de que puedo contactar con la enfermera Irene López García al correo electrónico 201309379@alu.comillas.edu para resolver cualquier duda al respecto de la investigación.

He leído y entiendo las explicaciones mencionadas arriba y consiento participar en este estudio.

Consiento:

NO consiento:

En _____ a ____ de _____ del ____ .
Enfermera investigadora: Irene López García.

Anexo 2. Cuestionario demográfico

Cuestionario					
Nombre:					
Apellidos:					
Edad:					
Sexo:					
Calidad relaciones familiares (marcar con una X)	mala	regular	normal	buena	excelente
Actividades de ocio (marcar con una X)	si		no		
Escolarización adecuada a la edad	Si		no		

Anexo 3. Valoración por patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Patrón percepción- mantenimiento de la salud
 - Aspecto general: adecuado, descuidado, extravagante, exagerado, meticuloso, en función de la época del año, olor corporal, ropa sucia/limpia, exceso de maquillaje.
 - Antecedentes personales: Eventos adversos: no/si _____, Enfermedades de interés: _____ Intervenciones Quirúrgicas: _____.
 - Antecedentes personales de salud mental.
 - Antecedentes familiares de salud mental
 - Hábitos tóxicos
 - ¿Qué conoce sobre su enfermedad?
 - ¿cree que necesita ayuda?, ¿Cómo piensa que le podemos ayudar?
 - Conductas para gestionar su salud: dieta, ejercicio, etc.
 - Realiza revisiones de salud periódicas: no/sí _____ especialidad
 - Examen físico: TA _____ FC _____ FR _____
Glucemia _____
 - Tratamiento médico, ¿cumple?, ¿qué toma?, ¿efectos secundarios?
2. Patrón nutricional-metabólico
 - Peso _____ Talla _____ IMC _____
 - Apetito: aumentado/disminuido/consevado
 - Sequedad bucal
 - Número de comidas al día y descripción de un día habitual
 - Ingesta de líquidos al día
 - Náuseas/ vómitos/ reflujo/ gastralgia/ alergias alimentarias
 - Conocimiento dieta equilibrada
 - Restricciones/ evitaciones (motivos)
 - Alimentos preferidos
 - Hábitos de compra y cocina
 - Cambio conducta alimentaria: hiperfagia diurna/ nocturna, hiporexia, anorexia, bulimia
 - Conductas purgativas/ compensatorias
3. Patrón eliminación
 - Patrón habitual de eliminación urinaria: frecuencia, cantidad, color, olor, disuria

- Patrón habitual de eliminación (regularidad, olor, consistencia, malestar, estreñimiento, diarrea)
- Uso de diuréticos/ laxantes.
- 4. Patrón actividad-ejercicio
 - Capacidad de autocuidado: autónoma/dependiente
 - AVD, AIVD: si/no ¿manifiesta deseos de realizar actividades, qué hace un día normal?
 - Ejercicio físico: tipo, duración, frecuencia
 - Sudoración/ temblores MMSS o MMII/ hormigueo en extremidades
 - Expresión facial: tensa/ relajada/ alegre/ enfadada/ inexpresiva/ mira al interlocutor
 - Habla (velocidad, cantidad, volumen, tono de voz, latencia de respuesta)
 - Comportamiento motor: adecuación/ inhibición/ agitación, inquietud/ rigidez (hiperactivación psíquica y motora)
- 5. Patrón sueño-descanso
 - Horas de sueño nocturno habitual
 - Otros descansos (siestas)
 - Insomnio de conciliación/ mantenimiento/ despertares nocturnos/ despertar precoz/ pesadillas/ medicación para dormir
 - Historia de insomnio previa
 - Factores que alteran el patrón y ayudas
 - ¿Se levanta descansado o cansado?
 - Percepción personal del patrón: adecuado/ excesivo/ disminuido
- 6. Patrón cognitivo-perceptual
 - Consciente y orientado en tiempo, espacio y p
 - Conciencia: hipervigilante/ confusión/ despersonalización/ desrealización/ somnolencia
 - Dificultades para concentrarse: olvidos recientes/ remotos
 - Vértigo, mareos
 - Pensamiento: organizado/ coherente/ alterado. Curso del pensamiento: espontaneidad/ inhibición/ aceleración/ fuga de ideas/ disgregación o incoherencias/ perseverancia. Contenido: delirante No/ si (descripción temática)
 - Lenguaje: velocidad normal/ rápido/ lento/ paroxístico, cantidad: normal/ abundante/ escaso, volumen normal/ alto/ bajo, tono y modulación: tranquilo/ nervioso/ hostil
 - Otras (mutismo, ecolalia, tartamudez..)

7. Patrón autopercepción-autoconcepto

- Reactividad emocional: adecuada al contexto/ pobreza sentimientos/ expansión afectiva. Tonalidad afectiva: agradable/ desagradable.
- Síntomas afectivos de interés: preocupación/ ánimo depresivo/ sentimientos de inadecuación/ aprensión/ angustia/ temor/ sobresalto/ irritabilidad/ debilidad/ rumiación. Otros
- Ideación autolítica
- Autodescripción de sí mismo (fortalezas, debilidades)
- Exageración de errores/ infravaloración de éxitos
- Percepción de la imagen corporal, expresiones de su imagen: ajustada a la realidad/ confusa/ equivocada
- Actitud frente a su cuerpo
- Competencia personal: positiva/ negativa/ indiferente
- Percepción de exigencias, ¿hay alguna situación en la que se sienta agobiado o presionado por alguien o algo?

8. Patrón rol- relaciones

- Independencia económica, física y psicosocial para satisfacción de necesidades
- Personas dependientes a su cargo
- Composición familiar (edad, parentesco, situación laboral, relación cercana o distante y sentimientos derivados tales como ansiedad, inutilidad, miedo, inferioridad, culpabilidad, tristeza, rabia, impotencia, seguridad, tranquilidad)
- Crisis de maduración, situacional
- Personas de su entorno significativas: amigos/as, vecinos/as, compañeros/as
- Participa en actividades de ocio, sociales, culturales, etc.
- Ocupación: estudios, condición laboral
- ¿mantiene satisfacción en el mantenimiento de rol)

9. Patrón sexualidad- reproducción

- Actividad sexual; activo/ inactivo. Inicio de la actividad. Satisfactorio/ insatisfactorio
- Anticonceptivos

10. Patrón adaptación- tolerancia al estrés

- Percepción de situaciones de estrés
- Estado de tensión/ ansiedad: constante/ generalizada/ aguda/ crónica/ ausencia de manifestaciones físicas o mentales y de la conducta de ansiedad
- Irritabilidad/ inquietud/ ansiedad verbalizada

- Posibles factores relacionados: ideas, pensamientos/ problemas sociales/ miedos, fobias. Especificar: _____
- Percepción de control de la situación: alto/ medio/ bajo/ nulo
- Grado de incapacidad
- Estrategias o comportamientos de control para resolver situaciones de estrés: fármacos/ tabaco/ hiperfagia/ somatizaciones/ agitación, agresión/ análisis del problema, compartirlo o comentarlo. Otros _____ (¿busca información para disminuir el estrés?)
- ¿qué hace para sentirse mejor?
- Sistemas de soporte o apoyo

11. Patrón valores y creencias

- Escala de valores propias y familiares
- Normas culturales
- Prácticas religiosas

Elaboración propia a partir de Amad Pastor, M. 2017. (33)

Anexo 4

Tablas de criterio de resultado enfermero (NOC)

Resultado de enfermería: [1302] Afrontamiento de problemas					
Dominio: salud psicosocial (III)	Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.				
Clase: Adaptación psicosocial (N)					
Escala: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado (M)					
INDICADORES					
Afrontamiento de problemas	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
[130201] Identifica patrones de superación eficaces.					
[130202] Identifica patrones de superación ineficaces.					
[130203] Verbaliza sensación de control.					
[130204] Refiere disminución de estrés.					
[130205] Verbaliza aceptación de la situación.					
[130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.					
[130208] Se adapta a los cambios en					

desarrollo					
[130210] Adopta conductas para reducir el estrés.					
[130211] Identifica múltiples estrategias de superación.					
[130212] Utiliza estrategias de superación efectivas.					
[130213] Evita situaciones excesivamente estresantes.					
[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia					
[130217] Refiere disminución de los sentimientos negativos.					
[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés					
[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.					
[130220] Busca información acreditada sobre el diagnóstico.					
[130221] Busca información acreditada sobre el tratamiento.					
[130222] Utiliza el sistema de apoyo personal					
[130223]					

Obtiene ayuda de un profesional sanitario.					
--	--	--	--	--	--

Tabla 14. Criterios de resultado enfermero. Elaboración propia a partir de Moorhead, S. 2013. (34)

Resultado de enfermería: [1300] Aceptación: estado de salud					
Dominio: salud psicosocial (III)	Definición: Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.				
Clase: Adaptación psicosocial (N)					
Escala: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado (M)					
INDICADORES					
Aceptación: estado de salud	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
[130002] Renuncia al concepto previo de salud.					
[130007] Expresa disminución de la necesidad de verbalizar sentimientos sobre la salud.					
[130008] Reconoce la realidad de la situación de salud.					
[130009] Busca información sobre la salud.					
[130010] Afrontamiento de la situación de salud.					
[130011] Toma de decisiones relacionadas con la salud.					
[130012] Clarifica los valores personales.					

[130013] Expresa que la vida es digna de ser vivida					
[130014] Realiza las tareas de autocuidados					
[130016] Mantiene las relaciones					
[130017] Se adapta al cambio en el estado de salud					
[130018] Muestra resistencia.					
[130019] Clarifica las prioridades vitales.					
[130020] Expresa autoestima positiva.					
[130021] Expresa la paz interior.					

Tabla 15. Criterios de resultado enfermero. Elaboración propia a partir de Moorhead, S. 2013. (34)

Resultado de enfermería: [0109] Desarrollo infantil: adolescencia					
Dominio: salud funcional (I)	Definición: Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 12 y 17 años de edad.				
Clase: Crecimiento y desarrollo (B)					
Escala: Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado (M)					
INDICADORES					
Desarrollo infantil: adolescencia	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
[10904] Utiliza habilidades de interacción social.					
[10905] Utiliza estrategias de					

resolución de conflictos.					
[10906] Mantiene buena relación con sus compañeros del mismo sexo.					
[10907] Mantiene buena relación con sus compañeros del sexo opuesto.					
[10908] Manifiesta capacidad de intimidad.					
10910] Evita el consumo de alcohol.					
[10911] Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento.					
[10912] Manifiesta niveles progresivos de autonomía.					
[10913] Describe el esquema de valores personales.					
[10914] Utiliza el pensamiento operativo formal.					
[10915] Establece objetivos académicos.					
[10916] Rinde en la escuela al nivel de su capacidad.					
[10918] Evita consumir tabaco.					
[10919] Evita el consumo de drogas.					
[10920] Da rienda suelta a sentimientos negativos de forma no destructiva.					
[10921] Respeta a los demás.					
[10922] Discute los sentimientos de distrés con un adulto que le apoya.					

[10923] Participa en actividades extraescolares					
[10924] Rinde en el trabajo a nivel de capacidad.					
[10925] Identifica objetivos laborales.					
[10926] Sigue las reglas.					
[10927] Cumple las leyes.					
[10929] Evita la actividad sexual de alto riesgo.					
[10930] Utiliza el pensamiento abstracto.					
[10931] Muestra autoestima.					
[10932] Está conforme con su cuerpo.					

Tabla 16. Criterios de resultado enfermero. Elaboración propia a partir de Moorhead, S. 2013. (34)

Anexo 5

Cronograma

Actividades/ mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Primera fase																			
Formular el problema																			
Revisión bibliográfica																			
Construcción estado de la cuestión																			
Formulación objetivos e hipótesis																			
Consentimiento comité de ética																			
Segunda fase																			
Fase planificación y diseño de la investigación																			
Implantación de herramientas de recogida de datos																			

Tabla 17. Cronograma 1. Elaboración propia

Actividades/ mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Tercera fase																			
Selección y citación de los sujetos de estudio																			
Asignación por grupos																			
Aplicación de la intervención y recogida de datos en cada una de ellas																			
SESIÓN 1 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 1 FAMILIAR																			
SESIÓN 2 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 3 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 4 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 5 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 6 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 7 INDIVIDUAL																			
SESIÓN 8 INDIVIDUAL																			
Recolección de datos																			
Interpretación de resultados																			
Difusión de datos																			

Tabla 18. Cronograma 2. Elaboración propia