



Universidad
Zaragoza

salud
servicio aragonés
de salud

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO
PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO,
INTERVENCIÓN ENFERMERA EN CENTRO DE SALUD MENTAL.

Autora: Cristina Lozano Pascual.

Tutor 1. Ricardo López.

ÍNDICE.

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Justificación	6
3. OBJETIVOS.....	7
4. METODOLOGÍA.....	7
5. DESARROLLO.....	7
5.1. Valoración de enfermería por patrones funcionales de M. Gordon...	8
5.2. Análisis de datos.....	9
5.3. Formulación de problemas detectados.	9
5.4. Plan de cuidados de enfermería.	9
6. CONCLUSIONES.....	16
7. BIBLIOGRAFÍA.....	17
8. AGRADECIMIENTOS.	20
9. ANEXOS.....	21
Anexo 1. Herramientas metodológicas.	21
Anexo 2. Cronograma de elaboración del trabajo.	22
Anexo 3. Escala de ansiedad de Hamilton.....	23
Anexo 4. Valoración de enfermería.	25
Anexo 5. Análisis de datos.....	28
Anexo 6. Resultados e intervenciones enfermeras.	29
Anexo 7. Ejercicio de imaginación simple dirigida.	33
Anexo 8. Taller de relajación de Jacobson.	34
Anexo 9. Ejercicio de reestructuración cognitiva.....	38

1. RESUMEN.

Introducción: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por la presencia de obsesiones y rituales compulsivos y retroalimentada por la ansiedad. Su prevalencia es del 2 - 3% en la población general, y se encuentra en el cuarto puesto de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. La relajación es la solución más efectiva para disminuir la ansiedad que éste provoca.

Objetivos: El objetivo general es la realización de un caso clínico de un paciente con TOC atendido en el Centro de Salud Mental (C.S.M.) Pirineos de Huesca. Como objetivos específicos se marcaron: conocer las intervenciones enfermeras para disminuir la ansiedad y la propuesta de un plan de cuidados que pueda ser implementado por el profesional de enfermería en C.S.M.

Metodología y desarrollo: En el siguiente caso clínico, se describen los cuidados de enfermería y las diferentes intervenciones necesarias para disminuir la ansiedad causada por este trastorno psiquiátrico, con el fin de reducirla a niveles tolerables para la paciente.

Conclusiones: Las técnicas de relajación, en sus diferentes variedades, son el tratamiento más efectivo para disminuir la ansiedad en estos pacientes. El profesional de enfermería en el área de salud mental, debe desarrollar programas para el abordaje y seguimiento de este trastorno de forma ambulatoria.

Palabras clave: Trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad, terapia por relajación, terapia cognitiva, cuidados de enfermería, enfermería psiquiátrica.

2. INTRODUCCIÓN.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), según el DSM - V: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, es un trastorno psiquiátrico perteneciente al grupo de los desórdenes de ansiedad caracterizado por obsesiones y rituales compulsivos. ⁽¹⁾

Las obsesiones son pensamientos, ideas, imágenes o impulsos mentales que aparecen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de manera recurrente y contra su voluntad. Suelen ser de carácter desagradable, lo que produce una gran angustia al individuo.

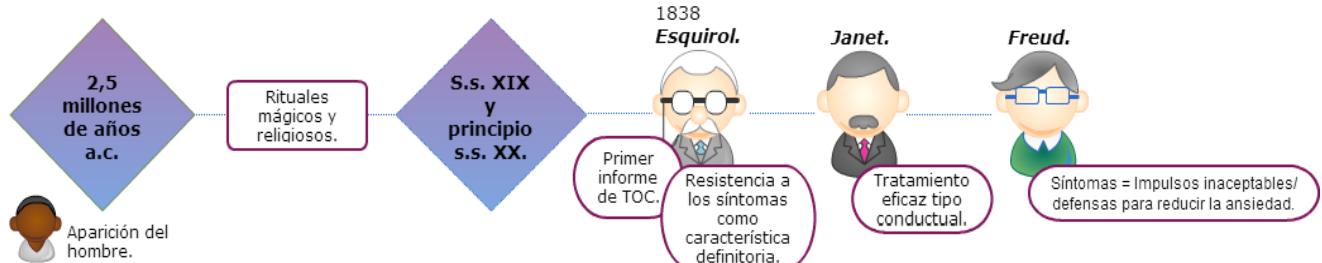
Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez, con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad que experimenta el individuo. Con frecuencia, la persona reconoce este comportamiento como irracional y hace intentos para resistirse al mismo. ⁽²⁾

El conocimiento y estudio de los trastornos obsesivo – compulsivo nace con el comienzo de la historia de la Humanidad. El TOC parece estar muy relacionado con la magia y la religión; los ritos y ceremonias religiosas tienen como fin apaciguar la ansiedad y el miedo provocado por la existencia de fenómenos naturales inexplicables para el ser humano. ⁽³⁾

A finales del siglo XIX es cuando ésta entidad patológica comienza a ser objeto de estudio científico; destacando por sus aportaciones las figuras: Esquirol (1838), Janet y Freud. ^(3, 4) (TABLA 1)

Desde la segunda mitad del siglo XX, el estudio del TOC ha oscilado entre un acercamiento que considera, como variables relevantes, el trastorno de la ansiedad y las compulsiones; y otro, que se ha centrado en el estudio de variables cognitivas como la responsabilidad excesiva y la interpretación de los síntomas por parte del paciente. ⁽⁴⁾

Tabla 1. Historia del estudio del TOC.



Los estudios epidemiológicos muestran una prevalencia, a lo largo de la vida, en la población general del 2% al 3%. En adultos la incidencia es igual en ambos sexos, sin embargo, en la adolescencia es mayor en chicos que

en chicas. La edad media se aproxima a los 20 años. La frecuencia es mayor en solteros que en casados. ⁽²⁾

Estos pacientes suelen presentar comorbilidad con otros trastornos mentales (67% con trastorno depresivo mayor, 25% con fobia social, trastornos de ansiedad generalizada, trastornos de conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad). Algunos investigadores han observado que este trastorno puede verse hasta en el 10% de pacientes psiquiátricos atendidos ambulatoriamente, convirtiendo al TOC en el cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente. ⁽²⁾

Tras revisar la bibliografía, se ha podido comprobar la estrecha relación que existe entre este trastorno y la ansiedad. Se llegó a la conclusión de que, "el entrenamiento en relajación es uno de los procedimientos más utilizados para disminuir la sintomatología de la ansiedad"; siendo la relajación la solución más efectiva para disminuir la ansiedad. ⁽⁵⁾

Hoy en día, el abordaje para disminuir la ansiedad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes es muy amplio. Dentro de éste, destacan las técnicas de relajación y las terapias psicológicas. ^(1, 2, 6, 7, 8, 9) (TABLA 2)

Tabla 2. Abordaje para disminuir la ansiedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

Abordaje para disminuir la ansiedad y mejorar la calidad de vida.	
<i>Herramientas empleadas por la psicología.</i>	<i>Abordaje a través de la intervención enfermera.</i>
<ul style="list-style-type: none">✿ Terapias tradicionales psicoanalíticas. ⁽¹⁾✿ Terapia cognitivo conductual también llamada de aceptación y compromiso. ^(1,7)✿ Relajación progresiva de Jacobson. ^(6,8)✿ Relajación autógena de Shultz. ^(6,9)	<ul style="list-style-type: none">✿ "Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)".✿ "Terapia de grupo (5400)".✿ "Relajación muscular progresiva (1406)".✿ "Reestructuración cognitiva (4700)".✿ "Manejo de la conducta (4350)".✿ "Técnicas de relajación (5880)".✿ "Terapia de relajación simple (6040)".✿ "Imaginación simple dirigida (600)".✿ "Entrenamiento autogénico (5840)". ^(2,6)

2.1. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente, vivimos en una sociedad en la que el día a día está marcado por la presencia de estrés psicológico y físico proveniente, muchas veces, de una hiperresponsabilidad autoimpuesta, intolerancia a la incertidumbre, exceso de culpabilidad, perfeccionismo y un intento de "llegar a todo". Todo esto se produce de una forma inconsciente en la que el individuo asume estos sentimientos como "normales", sin saber que todos ellos se tratan de variables psicológicas que están relacionadas con el TOC, aumentando la vulnerabilidad a padecerlo.⁽⁴⁾

Por este motivo, se ha considerado que el papel de enfermería es fundamental en la prevención, tratamiento y asistencia a los pacientes con TOC, por ser el profesional sanitario más cercano a los pacientes y con los que mayor relación existe.

En la actualidad, el profesional de enfermería tiene la oportunidad de utilizar instrumentos que potencien y desarrollos la aportación al proceso asistencial, mediante la estandarización de cuidados enfermeros. Es fundamental la formación y cualificación adecuada de estos profesionales, para promover y asumir el entrenamiento en relajación como una función más de su rol profesional y finalmente aplicarlo en el cuidado de estos pacientes.

Dentro del ámbito de la enfermería comunitaria, en Huesca existen dos Centros de Salud Mental (C.S.M.): el C.S.M. Pirineos, que atiende a la población de los Centros de Salud (C.S.) Pirineos, Santo Grial y Huesca Rural; y el C.S.M. Perpetuo Socorro, que atiende a la población del mismo centro de salud.

Se ha tomado como referencia para la elección y elaboración de este caso clínico, el C.S.M. Pirineos (ubicado en la calle Felipe Coscolla nº 9), por ser el que mayor población adulta, con enfermedad mental o susceptible a padecerla, atiende.

3. OBJETIVOS.

El **objetivo general** es la realización de un caso clínico de un paciente con TOC, de la ciudad de Huesca, que acude al C.S.M. Pirineos.

Como **objetivos específicos** se marcaron:

- Conocer las intervenciones enfermeras destinadas a disminuir la ansiedad producida por el TOC.
- Proponer un plan de cuidados que pueda implementarse por el profesional de enfermería en C.S.M.

4. METODOLOGÍA.

Para la elaboración de este trabajo se obtuvieron las palabras clave de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), seguido de una búsqueda de información en diferentes libros de la Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca (E.U.E.), tesis doctorales, revistas científicas y bases de datos de internet (Cuiden, PubMed, MEDLINE, etc.). Así mismo, se han utilizado la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), 2009, y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 2009.

Además, para el desarrollo del caso clínico se emplearon las siguientes herramientas metodológicas: (ANEXO 1)

- **Valoración por patrones funcionales de M. Gordon.**
- **Taxonomía II de NANDA.**

5. DESARROLLO.

Este trabajo se ha realizado en un periodo aproximado de 6 meses (ANEXO 2), en colaboración con el C.S.M. Pirineos de Huesca, el cual nos autorizó la recogida de datos, facilitando la historia clínica de la paciente para la elaboración de este caso clínico, y protegiendo en todo momento, la confidencialidad de la paciente con la modificación de los datos personales*.

* Se mantiene la confidencialidad de la paciente de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y la Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. ^(10, 11)

Durante la elaboración del caso clínico, se propuso al profesional de enfermería del C.S.M. Pirineos la cesión de este trabajo fin de grado para la continuación de los cuidados propuestos y realización de un seguimiento a la paciente; obteniendo una respuesta afirmativa por su parte.

Para poder comprobar la efectividad del plan de cuidados propuesto en este trabajo y garantizar un seguimiento real, se procederá a la reevaluación del estado de la paciente (con una nueva valoración de enfermería y la realización de la escala de ansiedad de Hamilton, ANEXO 3), tras un periodo de seis meses en la consulta de enfermería del C.S.M. Pirineos de Huesca.

5.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON.

Los datos recogidos a continuación se han seleccionado de la historia clínica de la paciente, puesto que no se pudo realizar una entrevista personal directa con la misma.

De la valoración de enfermería realizada el 15/03/2016 vamos a destacar los patrones alterados: (valoración completa, ANEXO 4)

- **2. Patrón nutricional metabólico:** alteración de la integridad cutánea en manos por realizar 40 lavados diarios con lejía y alcohol.
- **4. Patrón de actividad y ejercicio:** en el comportamiento motriz aparecen repetidos rituales de limpieza de las manos.
- **6. Patrón cognitivo/ perceptivo:** obsesiones de limpieza.
- **7. Patrón autopercepción/ Autoconcepto:** ansiosa, preocupada por la interferencia de las obsesiones en las actividades de la vida diaria (AVDs).
- **8. Patrón rol/ relaciones:** distanciamiento general en las relaciones personales.
- **9. Patrón sexualidad/ Reproducción:** problemática de pareja por disminución de los encuentros sexuales y baja libido.
- **10. Patrón Adaptación/ Tolerancia al estrés:** mecanismos de afrontamiento inadecuados (rituales de limpieza).

5.2. ANÁLISIS DE DATOS.

Paciente de 55 años, mujer, en seguimiento por C.S.M. Pirineos desde el 2013, diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo. (ANEXO 5)

5.3. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS DETECTADOS.

En base a la valoración de enfermería y el análisis de datos, se han citado los diagnósticos de enfermería más relevantes para las características de la paciente y del centro asistencial: ⁽¹²⁾

- ❖ **Dde. Ansiedad (00146)** r/c sentimientos de amenaza sobre su estado de salud m/p la paciente se muestra nerviosa y angustiada. (Fuerza psíquica, conocimientos).
- ❖ **Dde. Afrontamiento ineficaz (00069)** r/c incertidumbre m/p adopción de rituales compulsivos que impiden una conducta adaptativa. (Fuerza psíquica).
- ❖ **Dde. Baja autoestima crónica (00119)** r/c falta de aprobación m/p la paciente refiere sentimientos de vergüenza. (Fuerza psíquica).

5.4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Atendiendo a los problemas detectados, se ha desarrollado un plan de cuidados acorde a las características de la paciente y del centro asistencial.^(12, 13, 14)

Dde. Ansiedad (00146) r/c sentimientos de amenaza sobre su estado de salud m/p la paciente se muestra nerviosa y angustiada. (Fuerza psíquica, conocimientos).

Objetivo principal:

- Lucía, en el período de seis meses, verbalizará la reducción de la ansiedad a niveles tolerables.

Objetivos específicos:

- La paciente, en el plazo de tres semanas, será capaz de nombrar los acontecimientos y/ o personas que le generan o agravan la respuesta ansiosa.
- Lucía, en el plazo de cuatro semanas, identificará las estrategias efectivas para afrontar la ansiedad.
- La paciente, en el plazo de ocho semanas, relacionará la disminución de los comportamientos ansiosos con la puesta en práctica de actividades que promueven sus sentimientos de bienestar.
- Lucía, en el plazo de doce semanas, adquirirá competencia en la ejecución de técnicas de relajación.
- La paciente, seguirá el plan terapéutico durante seis meses.

NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402). ⁽¹⁵⁾ (ANEXO 6)

❖ *NIC: Disminución de la ansiedad (5820).*

Actividades:

- El profesional de enfermería ayudará a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad: tocar objetos, personas, animales, etc. con las manos.
- El/ la enfermero/-a observará si hay signos verbales y no verbales de ansiedad (aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, aprensión, etc.). ⁽⁵⁾ (ANEXO 6)
- El profesional de enfermería evaluará los cambios en el nivel de ansiedad a través del test de Hamilton. (ANEXO 3)
- El/ la enfermero/-a no impedirá ni llamará la atención a la paciente por sus actos ritualistas.
- El profesional de enfermería concederá el tiempo necesario a la paciente para que realice su actividad compulsiva.

❖ NIC: Imaginación simple dirigida (6000).

Actividades:

- El/ la enfermero/-a instará a la paciente a que se ponga cómoda y asegurará un ambiente tranquilo y sin interrupciones.
- El profesional de enfermería hablará con la paciente sobre una imagen que haya experimentado y que le resulte placentera. A continuación la describirá, con voz modulada, tratando de implicar los 5 sentidos de la paciente con el objetivo de que la vuelva a experimentar lentamente. (ANEXO 7)
- El profesional de enfermería ayudará a Lucía a desarrollar una técnica para terminar con la imaginación simple dirigida. (ANEXO 7)
- El/ la enfermero/-a permitirá a la paciente expresar sus sentimientos y la preparará para aquellas experiencias terapéuticas inesperadas que pueden aparecer como llorar.

❖ NIC: Relajación muscular progresiva (1460).

Actividades:

- El profesional de enfermería instará a la paciente a que utilice ropa cómoda, se tumbe decúbito supino y asegurará un ambiente tranquilo y sin interrupciones.
- El/ la enfermero/-a con ayuda de un audio de fondo, indicará a la paciente que tense, durante 5 – 10 segundos, cada uno de los 8 – 16 grupos musculares en orden ascendente.⁽⁸⁾ Se proporcionará ésta información por escrito a la paciente. (ANEXO 8)

NOC: Nivel de ansiedad (1211). (ANEXO 6)

- ❖ *NIC: Identificación de riesgos (6610).*

Actividades:

- El profesional de enfermería revisará el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- El/ la enfermero/-a determinará la presencia de patrones funcionales alterados.
- El profesional de enfermería realizará acuerdos con la paciente para establecer metas comunes.

- ❖ *NIC: Manejo de la medicación (2380).*

Actividades:

- El profesional de enfermería comprobará la capacidad de la paciente para automedicarse y observará los efectos terapéuticos y secundarios de la medicación en Lucía.
- El/ la enfermero/-a determinará el conocimiento de la paciente sobre la medicación (efectos secundarios, pauta de administración).
- El profesional de enfermería controlará el cumplimiento del régimen terapéutico.

Dde. Afrontamiento ineficaz (00069) r/c incertidumbre m/p adopción de rituales compulsivos que impiden una conducta adaptativa. (Fuerza psíquica).

Objetivo principal:

- Lucía, en el período de seis meses, recuperará una conducta adaptativa que le facilite el desarrollo de las AVDs.

Objetivos específicos:

- La paciente, en el período de cuatro semanas, describirá las consecuencias de los rituales compulsivos.
- Lucía, en el período de ocho semanas, aplicará el plan de cuidados de forma independiente.
- La paciente, en el período de doce semanas, integrará en su vida los cambios acordados.

NOC: Afrontamiento de problemas (1302). (ANEXO 6)

- ❖ *NIC: Aumentar el afrontamiento (5230).*

Actividades:

- El/ la enfermero/-a comprenderá la perspectiva de la paciente sobre una situación desencadenante de ansiedad sin emitir juicios de valor.
- El profesional de enfermería valorará el nivel de comprensión de la enfermedad que tiene Lucía pidiéndole que explique cómo se desarrolla el TOC y el nivel de afectación que tiene para su vida diaria de forma objetiva.
- El/ la enfermero/-a ayudará a la paciente a identificar el problema de la situación con el fin de motivarla a buscar formas de afrontamiento más adaptativas. *La integridad de la piel se puede ver alterada por los sucesivos lavados con productos químicos. Del mismo modo, limita el desarrollo de las AVDs, así como el de sus relaciones interpersonales.*
- El profesional de enfermería fomentará un dominio gradual de la situación. No se exigirá a la paciente que abandone todos los rituales compulsivos bruscamente.
- El/ la enfermero/-a animará a la familia a que se implique otorgándoles toda la información necesaria sobre la enfermedad. De igual manera, el profesional se pondrá a su disposición para alentar y permitir la expresión de sentimientos de los mismos.

- El profesional de enfermería instruirá a Lucía en técnicas de relajación.

❖ *NIC: Reestructuración cognitiva (4700).*

Actividades:

- El/ la enfermero/-a explicará a la paciente que las frases autoinducidas median las conductas. (ANEXO 9)
- El profesional de enfermería realizará afirmaciones que describan la forma alternativa de observar las ideas irracionales; del mismo modo, ayudará a Lucía a identificar el sistema de creencias que la llevan a las afirmaciones autoinducidas irracionales.
- El/ la enfermero/-a enseñará a la paciente a cambiar las afirmaciones autoinducidas irracionales en racionales. Antes de ello le enseñará a distinguir entre situaciones, emociones y pensamientos para que Lucía sea capaz de identificar las afirmaciones autoinducidas a través de unos ejercicios que se le proporcionarán en la consulta. (ANEXO 9)

Dde. Baja autoestima crónica (00119) r/c falta de aprobación m/p la paciente refiere sentimientos de vergüenza. (Fuerza psíquica).

Objetivo principal:

- Lucía, en el período de seis meses, manifestará sentimientos positivos sobre sí misma y de valía.

Objetivos específicos:

- La paciente, en el plazo de cuatro semanas, describirá las causas que provocan los sentimientos negativos.
- Lucía, en el plazo de ocho semanas, explicará cómo usar sus cualidades positivas para afrontar la situación presente y futura.

- La paciente, en el plazo de doce semanas, evaluará los cambios positivos que puedan derivarse del cumplimiento del plan propuesto.

NOC: Autoestima (1205). (ANEXO 6)

- ❖ *NIC: Apoyo emocional (5270).*

Actividades:

- El profesional de enfermería escuchará y animará a Lucía a la expresión de sentimientos, preocupaciones, miedos y creencias; así como los sentimientos de ansiedad, vergüenza o tristeza.
- El profesional de enfermería permanecerá con Lucía y proporcionará sentimientos de seguridad durante los periodos de mayor ansiedad.

- ❖ *NIC: Potenciación de la autoestima (5400).*

Actividades:

- El/ la enfermero/-a animará a la paciente a que examine sus propias conductas evitando mostrar rechazo.
- El profesional de enfermería reforzará la confianza de la paciente al interesarse por cambiar su conducta y en el momento de emprender el cambio mediante declaraciones positivas.
- El/ la enfermero/ -a ayudará a Lucía a reconocer los éxitos más pequeños. Del mismo modo, el profesional de enfermería alabarán los esfuerzos de autocontrol de Lucía y le comunicará la esperanza de que la paciente llegará a mantener el control de sus conductas ritualistas.

6. CONCLUSIONES.

El TOC es el cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente entre los pacientes de salud mental atendidos ambulatoriamente. Dadas las características de este trastorno, su abordaje se realiza dentro del entorno comunitario.

Desde la enfermería de salud mental, a través de la valoración de enfermería de M. Gordon y el posterior desarrollo de las intervenciones, es posible el control y/ o disminución de la ansiedad y el seguimiento de estos pacientes.

La limitación principal del trabajo fue la imposibilidad de realizar la entrevista personal directa debido a las características personales de la paciente, obteniendo los datos a través de la historia clínica y la información facilitada por los profesionales del equipo interdisciplinar.

Durante la elaboración de este trabajo fue difícil la coordinación con los profesionales del C.S.M. Pirineos retrasando la fecha de realización de la valoración de enfermería.

En este trabajo se pone de manifiesto el papel fundamental de la enfermería en el cuidado del paciente, dentro del área de la salud mental comunitaria. Es esencial la enseñanza, el apoyo emocional y garantizar la continuidad de los cuidados al paciente; así como el desempeño de la función enfermera dentro del equipo interdisciplinar que atiende al enfermo mental.

El plan de cuidados propuesto se facilitará a la enfermera del C.S.M. Pirineos para implementarlo y así garantizar el desarrollo práctico del mismo. Con la puesta en práctica del mismo se podrá evaluar su eficacia y la calidad de los cuidados.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Gárriz Murillo C, Zazpe Ustárroz M. Trastorno obsesivo compulsivo: Cuidados enfermeros en la terapia de aceptación y compromiso. Rev Presencia [Internet] Jul- Dic 2009 [citado 6 de Dic 2015]. Pamplona; 5 (10): [10 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/presencia/n10/p7092.php#com>
2. Arboleya Faedo T, Murias Moya G, Cebrián Toral M, Suárez Rosales N. Metodología enfermera en trastorno obsesivo - compulsivo. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2013 [citado 6 de Dic 2015]. Gijón; 19: [9 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n19/pdf/266d.pdf>
3. Jiménez Pérez M. Hacia una nueva ubicación nosológica del trastorno obsesivo - compulsivo para un tratamiento eficaz. [Tesis doctoral] 2011 [citado 20 de Dic 2015]. Barcelona: ISEP; Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Disponible en: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Hacia-Una-Nueva-Ubicacion-Nosologica-Del-Toc-Para-Un-Tratamiento-Eficaz.pdf>
4. Casado Martín Y. Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo - compulsiva. TOC. [Tesis doctoral] 2008 [citado 20 de Dic 2015]. Málaga: Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología; Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17679011.pdf>
5. Soriano González J. Estudio cuasi- experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Rev Enfermería Global [Internet] Abr 2012 [citado 3 de Ene 2016]. Murcia; 2 (11): 39–53. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/138971/133351>
6. Ramírez Sánchez A, Espinosa Calderón C, Herrera Montenegro AF, Espinosa Calderón E, Ramírez Moyano A. Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en

- pacientes con ansiedad. Rev Enfermería Docente [Internet] En- Dic 2014 [citado 3 de Ene 2016]. Málaga; Enero- Diciembre (102): 6-12. Disponible en: <http://www.index-f.com.robles.unizar.es:9090/edocente/102pdf/10206.pdf>
7. Dávila W. Terapia cognitivo – conductual en el trastorno obsesivo – compulsivo. Rev Norte de salud mental [Internet] 2014 [citado 9 de Ene 2016]. Bilbao; 49 (12): 58-64. Disponible en:
<http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/783/777>
 8. Montero Rodríguez MG, Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MM. Manejo de la ansiedad: "Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson". Rev Hygia [Internet] 2013 [citado 9 de Ene 2016]. Sevilla; 82: 5-12. Disponible en:
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>
 9. Oliver de Haro MM. Terapia ocupacional y relajación autógena en salud mental. Rev TOG [Internet] May 2014 [citado 9 de Ene 2016]. A Coruña; 19 (11): [12 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num19/pdfs/original7.pdf>
 10. Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, núm. 298, del 14 de diciembre de 1999).
 11. Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, núm. 274, del 15 de noviembre de 2002).
 12. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros - Revisión crítica y guía práctica. 9^a ed. Barcelona; Elsevier-Masson s.a., 2008.
 13. Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5^a ed. Madrid; Elsevier, 2009.

14. McCloskey JC, Bulechek GM, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid; Harcourt, 2009.
15. Gómez Borrego AB, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas [Internet] 2009 [citado 2 de Mar 2016]. Málaga; 5 (1): [15 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/lascasas/documentos/lc0407.pdf>

8. AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría comenzar agradeciendo la labor del profesorado de la Escuela de Enfermería de Huesca (E.U.E.) por la dedicación en nuestra formación y ayudarnos a crecer no sólo como futuros profesionales de la enfermería, sino también como personas. Así como por transmitirnos su devoción por la enfermería y enseñarnos que cuando uno ama su profesión, trabajar ya no es una obligación, sino un compromiso con nosotros mismos y con las personas a las que cuidamos que siempre tiene recompensas.

A M^a Luisa Mata por descubrirme el mundo de la salud mental y contagiarde su pasión por el enfermo psiquiátrico.

Agradecer al tutor de este trabajo fin de grado, Ricardo López, su disposición y entrega para que este proyecto saliera adelante.

A mis padres, Carlos y Ana, por hacer esta carrera conmigo día a día aunque no estuviera en casa. Gracias por luchar conmigo, celebrar mis éxitos y apoyarme en los momentos difíciles. El esfuerzo y mérito no son sólo míos, son nuestros.

Gracias a mis compañeros y amigos Paula, Pilar, Elena, Sergio, Irene y Diego por todas las vivencias, la paciencia, el apoyo y el cariño con el que me habéis cuidado. Pero sobre todo, por hacer que los malos momentos fueran menos malos y estar siempre ahí, sin importar las circunstancias. Estos cuatro años sin vosotros no serían tan especiales.

9. ANEXOS.

Anexo 1. Herramientas metodológicas.

- **Valoración por patrones funcionales de M. Gordon.** Esta valoración atiende a 11 patrones ficticios, interactivos e independientes de importancia para la salud de los individuos. Tales patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores del desarrollo, culturales, espirituales, sociales y biológicos. Esta valoración tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para después determinar un diagnóstico enfermero que describa tal situación y que ayude a disminuir o eliminar la disfuncionalidad.
- **Taxonomía II de NANDA.** Se ha empleado esta taxonomía por ser la terminología diagnóstica enfermera más desarrollada existente hoy en día. Ésta trabaja de una forma multiaxial basada en 7 ejes propuestos para elaboración de los diagnósticos enfermeros.
 - Eje 1. Concepto diagnóstico. Raíz de la formulación diagnóstica.
 - Eje 2. Tiempo. Duración de un periodo o intervalo.
 - Eje 3. Unidad de cuidados. Sujeto para el que se formula un diagnóstico.
 - Eje 4. Etapas de desarrollo. Duración del tiempo de la existencia de un individuo.
 - Eje 5. Estado de salud. Posición en el continuo de salud.
 - Eje 6. Descriptor. Juicio que delimita el significado de un diagnóstico.
 - Eje 7. Topología. Partes o regiones corporales.

Dependiendo del diagnóstico a desarrollar, hay ejes que aparecerán explícitamente, otros lo harán de forma implícita y otros serán improcedentes en su elaboración.

Fuentes:

- Arribas Cachá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUDEN [Internet] 2006 [citado 12 de Feb 2016]. Madrid: 648-663. Disponible en: http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf
- Álvarez Suárez JL, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicio de salud del principado de Asturias [Internet] Jun 2010 [citado 12 de Feb 2016]. Gijón: [34 p.]. Disponible en: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Anexo 2. Cronograma de elaboración del trabajo.

	2015		
	Octubre.	Noviembre.	Diciembre.
Elección del tipo y tema del trabajo.			
Asignación del tutor.			
Búsqueda bibliográfica.			
Palabras Clave.			
Introducción.			
Anexos.			
Diseño.			

	2016				
	Enero.	Febrero.	Marzo.	Abril.	Mayo.
Resumen estructurado.					
Introducción.					
Desarrollo.					
Conclusiones.					
Agradecimientos.					
Anexos.					
Diseño.					
PowerPoint.					
Exposición.					

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. Escala de ansiedad de Hamilton.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntuá de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasistole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constrictión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borbotones (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente:

- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]. Sevilla: Escala de ansiedad de Hamilton [actualizado 7 de Abr 2016; citado 20 de Mar 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

Anexo 4. Valoración de enfermería.

Etiqueta identificativa:

Nombre: Lucía.

Edad: 55.

Nº H^a Clínica: 987654321.

Fecha: 09/11/2013

Centro: C.S.M. Pirineos.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

DIAGNÓSTICO: TOC.

MOTIVO DE CONSULTA: Trastorno de ansiedad generalizada (T.A.G), derivación demandada de su Médico de Atención Primaria (M.A.P).

ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS: T.A.G. (dx hace 30a), depresión.

ANTECEDENTES PERSONALES ORGÁNICOS: IQ apendicitis, un embarazo y un parto eutóxico.

ALTERACIONES ORGÁNICAS: dislipemia, varices, lumbociática, papiloma.

ALERGIAS: No conocidas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A TENER EN CUENTA: abilify 10 mg (1- 1- 0), sertralina 100 mg (1- 1- 0), lorazepam 1mg (0,5- 0- 0,5)

1. PATRÓN PERCEPCIÓN/ MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

CONCIENCIA DE ENFERMERDAD:

¿Por qué ha venido? Preocupación por aumento de la frecuencia de los rituales obsesivos y comienzo de afectación a las actividades de la vida diaria (AVDs).

Conciencia de enfermedad: Sí. **Actitud:** Aceptación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Adherencia: autónoma.

Conocimientos:

Fármacos: Sí. Para qué los toma: Sí. Efectos secundarios: Sí.

Cumplimiento de citas con C.S.M. u otros: Sí.

HÁBITOS PERJUDICIALES:

Tabaco: Sí. 12 - 14 cig/ día.

Alcohol: No.

Otras drogas (tipo y vía de administración): No.

OBSERVACIONES: Niega consumo excepto tabaco.

2. PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO.

APETITO: Normal. **PESO:** 58 Kg. **TALLA:** 160 cm. **I.M.C.:** 22,5. Normopeso.

Normal.

Cambios ponderales: No

Dieta: Basal.

Restricciones/ rechazos: No.

ALTERACIONES OBSERVABLES EN LA ALIMENTACIÓN/ NUTRICIÓN:

Problemas de masticación: No. **Prótesis:** No.

Problemas de deglución: No. **Náuseas:** No.

Alteración del gusto: No. **Vómitos:** No.

INGESTA DIARIA DE LÍQUIDOS:

Signos de deshidratación: No. Bebe 1,5 litros/ día.

ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS: Alterado. Manos enrojecidas y escamadas.

ESCALA DE NORTON: 20

OBSERVACIONES: Antecedentes de bajo peso.

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

INTESTINAL: **PATRÓN HABITUAL:** 1 c/ día. **ÚLTIMA DEPOSICIÓN:** Ayer.

Frecuencia: Diaria. **Molestias:** No.

Incontinencia: No.

Uso de ayuda/ laxantes: No.

URINARIA:

Frecuencia: 6 c/ día. **Molestias:** No.

Incontinencia: No.

SUDORACIÓN: Normal.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO.

VESTIDO/ ARREGLO PERSONAL: Adecuado.

Higiene personal: Inadecuada.

Hábitos de: **Baño/ ducha:** 1 c/ día. **Cepillado de dientes:** 3 c/ día.

Lavado de manos: 40 c/ día. **Peinado/ arreglo personal:** 3 c/ día.

GRADO DE AUTONOMÍA:

ÍNDICE DE BARTHEL: 100.

	Autónomo.	Estímulo/ supervisión.	Ayuda parcial.	Ayuda total.
Alimentación.				
Baño/ higiene.				
Vestido.				
Uso del W.C.				
Deambulación.				
Cuidar entorno.				

COMPORTAMIENTO MOTRIZ: Rituales de limpieza de manos.

ACTIVIDADES HABITUALES DIARIAS: Trabajo, cuidado de la casa y familia.

OBSERVACIONES: No tiene ganas de hacer cosas.

5. PATRÓN SUEÑO DESCANSO.

PATRÓN HABITUAL/ DESCANSO:

Horas de sueño nocturno: 8 horas.

Satisfacción con el sueño: Sí.

PROBLEMAS: No.

AYUDAS: No.

ALTERACIONES EN EL DESPERTAR: Normal.

6. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTIVO.

DÉFICIT SENTIDOS CORPORALES: No.

ALUCINACIONES: No.

NIVEL DE CONSCIENCIA: Normal.

ALTERACIONES DE LA MEMORIA: No.

ORIENTACIÓN: Autopsíquica: Sí. Allopsíquica: Sí.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: Obsesiones de limpieza.

CURSO DEL PENSAMIENTO: Perseverante.

DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN: No.

EXPRESIÓN DEL LENGUAJE:

Velocidad: Normal.

Cantidad: Normal.

Volumen: Normal.

DOLOR: No. **ESCALA EVA:** 0.

OBSERVACIONES: Niega pensamientos intrusivos.

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO.

SENTIMIENTOS RESPECTOS A SÍ MISMO: Ansiedad, inflexible, exigente, baja autoestima, impotencia, tristeza, apatía.

PERCEPCIÓN DE SU IMAGEN PERSONAL: Aceptación.

EXPRESIÓN FACIAL: Adecuada.

EXPRESIÓN CORPORAL: Relajado.

INTERÉS/ DESINTERÉS POR ACTIVIDADES LÚDICO- RECREATIVAS: No.

IDEAS Y/ O INTENTOS DE AUTOLESIÓN: No.

OBSERVACIONES: Preocupada por que las obsesiones interfieren en las A.V.D.s.

8. PATRÓN ROL/ RELACIONES.

PROFESIÓN: Manipuladora de alimentos.

Situación actual: Activa.

ESTRUCTURA Y ROL FAMILIAR:

Vive acompañada de su marido y dos sobrinos. Su hijo está estudiando en Barcelona.

Lugar que ocupa en la familiar y rol desempeñado: madre y cuidadora.

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE AL ENFERMEDAD: Preocupación.

PERSONA MÁS SIGNIFICATIVA: Hijo.

SU RELACIÓN CON LOS DEMÁS ES: Insatisfactoria.

¿Ha sufrido agresiones en su entorno? No.

¿Tiene reacciones de heteroagresividad? No.

La percepción de su relación escolar/ laboral es: Satisfactoria.

OBSERVACIONES: graduado escolar. Distanciamiento en relaciones personales y sexuales. La familia precisa más información acerca de la enfermedad de la paciente.

9. PATRÓN SEXUALIDAD/ REPRODUCCIÓN.

RELACIONES SEXUALES: Sí. No satisfactorias (la obsesión por la limpieza hace que disminuyan los encuentros sexuales).

Pareja estable: Sí.

Utilización de métodos anticonceptivos: No.

DATOS REFERIDOS A SU CICLO BIOLÓGICO:

Menarquia: No. **Menopausia/ Climaterio:** Sí. Hace 5 años.

OBSERVACIONES: No apetencia sexual y disminución de la libido. Existe problemática de pareja de fondo.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN/ TOLERANCIA AL ESTRÉS.

ESTADO DE TENSIÓN/ ANSIEDAD:

Sí: Temporal, no controlable.

Relacionado con: Miedos, culpas y obsesiones.

ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN/ CONTROL: Rituales de limpieza.

OBSERVACIONES: En su trabajo utiliza guantes para no hacer el ritual. Se lava las manos hasta 40 veces al día con lejía y alcohol. Evita tocar determinadas cosas o utiliza pañuelos para ello (en el trabajo abre la puerta del baño con un pañuelo).

11. PATRÓN VALORES/ CREENCIAS:

Normas culturales/ religiosas a tener en cuenta: Ninguna.

Qué es lo más importante en su vida: Familia.

Planes de futuro: Sí. Mejorar la situación actual.

Grado de satisfacción con su vida actual: Negativo.

Cómo mejoraría su calidad de vida: Disminuyendo la ansiedad y con el control de los síntomas.

Anexo 5. Análisis de datos.

Paciente de 55 años, sexo femenino, que acude a consulta de psiquiatría derivada de su médico de atención primaria (M.A.P.) con un trastorno de ansiedad generalizada previo (T.A.G.) diagnosticado hace 30 años.

La paciente refiere tener rituales compulsivos con la higiene de las manos (llega a lavarse las manos 40 veces al día con lejía y alcohol; en caso de no poder lavarse así las manos, toca los objetos con pañuelos de papel) y la piel de las mismas se observa irritada. Ella explica que tales rituales comienzan a interferir con las actividades de la vida diaria (AVDs), así como en sus relaciones personales. Del mismo modo, refiere sentir gran ansiedad cuando no puede realizar la compulsión; pero al mismo tiempo, se avergüenza de ello.

Diagnóstico clínico: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Buen cumplimiento del seguimiento por parte de la paciente.

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6. Resultados e intervenciones enfermeras.

Resultados NOC de Enfermería:

- Autocontrol de la ansiedad (1402). *Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.*

INDICADORES:

- 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
- 140202 Elimina precursores de la ansiedad.
- 140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso.
- 140204 Busca información para reducir la ansiedad.
- 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.
- 140206 Planifica estrategias de superación efectivas.
- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.
- 140208 Refiere disminución de la duración de los episodios.
- 140209 Refiere incremento de la duración del tiempo entre los episodios.
- 140211 Conserva las relaciones sociales.
- 140214 Refiere dormir de forma adecuada.
- 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.
- 140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.
- 140217 Controla la respuesta de ansiedad.

Intervenciones NIC de Enfermería:

- Disminución de la ansiedad (5820). *Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.*
- Imaginación simple dirigida (6000). *Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.*

- Relajación muscular progresiva (1460). *Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.*
- Nivel de ansiedad (1211). *Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.*

INDICADORES:

- 121101 Desasosiego.
- 121102 Impaciencia.
- 121103 Manos húmedas.
- 121104 Distrés.
- 121105 Inquietud.
- 121106 Tensión muscular.
- 121107 Tensión facial.
- 121108 Irritabilidad.
- 121109 Indecisión.
- 121110 Explosiones de ira.
- 121114 Dificultades para resolver problemas.
- 121115 Ataque de pánico.
- 121116 Aprensión verbalizada.
- 121117 Ansiedad verbalizada.
- 121119 Aumento de la presión sanguínea.
- 121120 Aumento de la velocidad del pulso.
- 121121 Aumento de la frecuencia respiratoria.
- 121122 Pupilas dilatadas.
- 121123 Sudoración.
- 121124 Vértigo.
- 121125 Fatiga.
- 121126 Disminución de la productividad.
- 121128 Abandono.
- 121129 Trastorno del sueño.
- 121130 Cambio en las pautas intestinales.
- 121131 Cambio en las pautas de alimentación.

Intervenciones NIC de Enfermería:

- Identificación de riesgos (6610). *Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.*
- Manejo de la medicación (2380). *Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.*
- Afrontamiento de problemas (1302). *Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.*

INDICADORES:

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces.
- 130202 Identifica patrones de superación ineficaces.
- 130203 Verbaliza sensación de control.
- 130204 Refiere disminución de estrés.
- 130221 Busca información acreditada sobre el tratamiento.
- 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.
- 130222 Utiliza el sistema de apoyo personal.
- 130210 Adopta conductas para reducir el estrés.
- 130211 Identifica múltiples estrategias de superación.
- 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.
- 130223 Obtiene ayuda de un profesional sanitario.
- 130216 Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés.
- 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos.
- 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.

Intervenciones NIC de Enfermería:

- Aumentar el afrontamiento (5230). *Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.*
- Reestructuración cognitiva (4700). *Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.*
- Autoestima (1205). *Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.*

INDICADORES:

- 120501 Verbalización de la autoaceptación.
- 120507 Comunicación abierta.
- 12051 Nivel de confianza.
- 120518 Descripción de estar orgulloso.
- 120519 Sentimientos sobre su propia persona.

Intervenciones NIC de Enfermería:

- Apoyo emocional (5270). *Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.*
- Potenciación de la autoestima (5400). *Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.*

Fuentes:

- Moorhead S, Johnson M, Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5^a ed. Madrid; Elsevier, 2009.
- McCloskey JC, Bulechek GM, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid; Harcourt, 2009.

Anexo 7. Ejercicio de imaginación simple dirigida.

El profesional de enfermería hablará con la paciente sobre una imagen que haya experimentado y que le resulte placentera para trabajar con ella esta técnica de relajación.

Para la puesta en práctica de la imaginación simple dirigida, el/ la enfermero/-a deberá conseguir transportar a la paciente al lugar de la escena a través de la descripción de la misma, siempre usando un tono de voz modulado, y tratando de implicar los 5 sentidos de la paciente con el objetivo de que vuelva a experimentar las mismas sensaciones.

Ejemplo:

Escena elegida por la paciente: Cascada de Sorrosal de Broto en primavera.

"Lucía póngase cómoda, a continuación cierre los ojos. Ahora imagine la cascada como brilla con la luz del sol, como huele la tierra y el sonido del agua al caer. Continúa caminando y puede sentir como las gotas caen en su tez y alguna resbala hasta la comisura de sus labios y puede saborear su frescor".

"Para finalizar comience a contar hacia atrás desde 10 mientras respira lenta y profundamente".

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8. Taller de relajación de Jacobson.

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Estrés.

Es una respuesta biológica ante una situación percibida y evaluada como amenazante, ante la cual el organismo no posee recursos para hacerle frente adecuadamente. Esta respuesta se puede convertir en un factor importante de riesgo para la salud, comprometiendo el funcionamiento adaptativo de los tres sistemas biológicos implicados (neurofisiológico, neuroendocrina y neurolimitario).

En definitiva la relajación se considera como una respuesta antagonista a la respuesta del estrés, por lo que puede ser aprendida y convertirse en un recurso muy importante para contrarrestar sus efectos negativos.

Técnica.

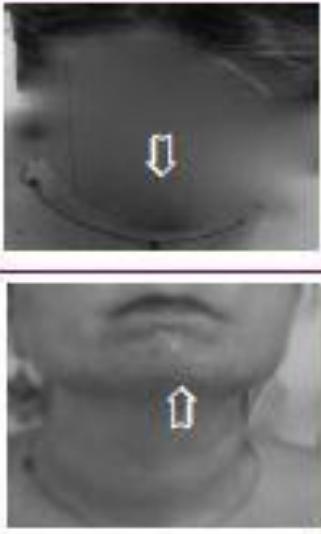
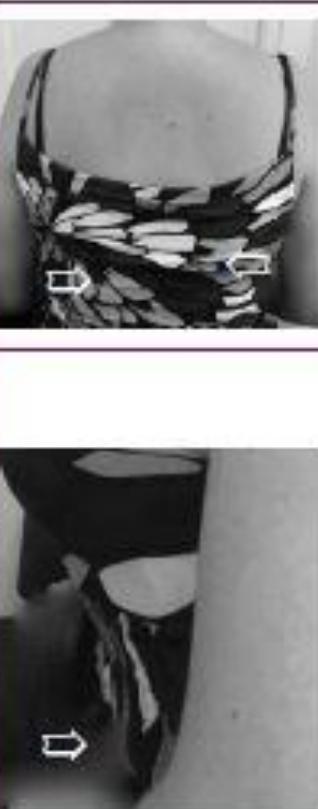
Se basa sobre todo en la relajación por medio del uso de la respiración, junto a una serie de ejercicios de contracción y relajación de los músculos del cuerpo (desde la cabeza a los pies). Antes de comenzar debemos de tener una serie de parámetros en cuenta:

- Ambiente físico, la T° debe estar entre los 22-25° C, luz tenue, colchoneta o sillón reclinable y una ropa cómoda (sin nada que pueda obstaculizar).
- La Respiración, suele ser rápida y superficial cuando la persona está tensa y nerviosa, por ello debemos de tener un control consciente sobre ella (hacerla lenta y profunda)
- El aire inspirado se debe dirigir a la parte inferior y media de los pulmones.
- Las inspiraciones deben de ser profundas.
- Las espiraciones deben ser regulares, cerrando los labios para controlar la expulsión y con una duración del doble de las inspiraciones.

Desarrollo de la técnica de Jacobson.

Se le pide al paciente que se vaya relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada (tal como hemos explicado en el punto anterior, nos centramos en la respiración primero en relación con el ambiente y después con nosotros mismos). Cuando ha transcurrido unos minutos y el paciente tiene una relajación previa comenzamos con la relajación de todo el cuerpo (cada ejercicio lo repetiremos 2-3 veces como mínimo y los realizamos muy despacio sobre todos los del cuello por la posibilidad de marearnos).

FRENTE		BOCA	
OJOS		LENGUA	
MARIZ		MANDIBULA	

<p>CUELLO</p> <p>Ejerc 1- Inclinar la cabeza hacia delante mientras inspiramos, volviendo a la posición inicial al espirar (intento tocar el pecho con la barbill)</p> <p>Ejerc 2- Dejar caer la cabeza hacia atrás durante la inspiración para volver a la posición inicial al espirar.</p> <p>Ejerc 3 y 4- Ladear la cabeza hacia un lado (como si tocásemos el hombro con la oreja) mientras inspiramos y volver a la posición inicial al espirar. Repetir el ejercicio después hacia el lado contrario</p>			<p>HOMBROS</p> <p>Elevar ambos hombros a la vez hacia arriba durante la inspiración para bajarlos lentamente al espirar</p> <p>BRAZOS</p> <p>Opción 1- Realizar una contracción completa del brazo durante la inspiración, para relajarlo al espirar (repetir después con el otro)</p> <p>Opción 2- Se compone de 5 ejercicios:</p>	
<p>Ejerc 1- Con el pullo cerrado y el brazo formando un ángulo de 90°, mirando la palma hacia el pecho. Apretamos el pullo y el antebrazo al inspirar para relajarlo y bajarlo hasta la pierna durante la espiración.</p> <p>Ejerc 2- Repetimos el ejercicio anterior pero la palma del pullo debe mirar hacia fuera.</p> <p>Ejerc 3- Colocamos el brazo en la misma posición que en los anteriores, pero la mano la apretamos.</p> <p>Ejerc 4- Igual al anterior pero con la mano hacia abajo.</p> <p>Ejerc 5- Realizamos la misma acción que cuando queremos sacar blops. El final de todos los ejercicios es volver a la posición inicial, con la mano apoyada sobre la pierna.</p>		<p>PECHO</p> <p>Con los brazos pegados al cuerpo, sacamos pecho (pectoralis) al inspirar para relajarlos con la espiración.</p> <p>ESTÓMAGO</p> <p>Mosemos el abdomen todo lo podemos hacia dentro al espirar para sacarlo durante la inspiración</p>		

ESPALDA

Nos inclinamos hacia delante, pegando los brazos al cuerpo e intentamos pegar todo lo que podamos los omóplatos durante la inspiración para separarlos al espirar.



MÚSCULOS DE DEBAJO DE LA CINTURA

Debemos tensar los músculos apretando las nalgas contra el sillón de 4-5 segundos durante la inspiración para luego relajarlos al espirar.



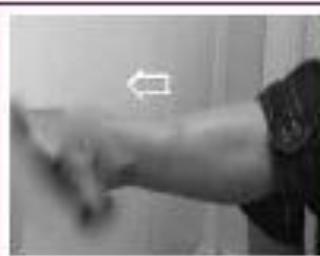
PIERNAS

Los realizaremos primero con una y después con la otra.

Ejercicio 1- Levantamos la pierna y extendemos el pie al inspirar, volviendo a la posición inicial.



Ejercicio 2- Levantamos la pierna y colocamos el pie en ángulo de 90°, después tiramos del pie hacia atrás durante la inspiración y volvemos a la posición inicial al espirar.

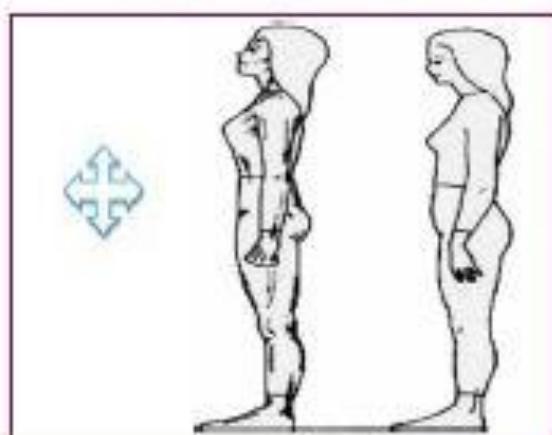


Con esto terminamos las Técnicas de Jacobson, la idea es conseguir que automatizamos los ejercicios para conseguir que el cuerpo los use cuando estemos ante una situación estresante/ansiosa.

La siguiente técnica se usa como último recurso ya que siempre no funciona, reduciendo la ansiedad/estrés.

Proceda de la siguiente forma:

Póngase de pie y mantenga la cabeza recta sobre los hombros. Tense todo su cuerpo, apriete las manos a ambos lados del cuerpo, meta el estómago hacia dentro y tense los muslos, nalgas, rodillas, etc. Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo, note la diferencia entre tensión y relajación.



Fuente:

- Montero Rodríguez MG, Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MM. Manejo de la ansiedad: "Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson". Rev Hygia [Internet] 2013 [citado 9 de Ene 2016]. Sevilla; 82: 5-12. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia82.pdf>

Además de la información que se proporcionará por escrito a la paciente, se facilitarán las siguientes direcciones web para que pueda practicar la relajación muscular progresiva de Jacobson cuando lo necesite:

1. Ej. Visualización práctica: contracción + respiración:

<https://www.youtube.com/watch?v=XvE58GXZal4>

2. Audio- guía para ponerla en práctica:

<https://www.youtube.com/watch?v=LFxrLDS4iHE>

3. Audio- guía para ponerla en práctica:

<https://www.youtube.com/watch?v=uDE3qEPpedo>

4. Audio- guía para ponerla en práctica:

<https://www.youtube.com/watch?v=6XiGuZQfEUU>

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 9. Ejercicio de reestructuración cognitiva.

Este es un ejemplo que puede utilizar enfermería para explicar a la paciente que las frases autoinducidas de limpieza que tiene son las que le llevan a realizar rituales compulsivos.

"Si usted piensa que por no lavarse manos con lejía se pondrá enferma, finalmente va a condicionar que acabe lavándose las manos con lejía; sin embargo puede no lavarse las manos con lejía y no caer enferma. Esa idea autoinducida del lavado con lejía para evitar la enfermedad es entonces irracional"

A continuación se proporcionará un documento con el siguiente contenido:

"Este es un ejercicio para la reestructuración cognitiva que te ayudará a distinguir mejor tus pensamientos, emociones y situaciones. Escriba en las siguientes líneas que haya a la derecha del ítem si la columna de la izquierda es un pensamiento, un estado de ánimo o una situación. Los tres primeros ítems han sido completados con ejemplos.

¿Situación, emoción o pensamiento?.

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| 1. Nervioso/a. | Emoción. |
| 2. En casa. | Situación. |
| 3. No soy capaz de hacer esto. | Pensamiento. |
| 4. Tristeza. | |
| 5. Hablar con un amigo por teléfono. | |
| 6. Irritado/a. | |
| 7. Conducir mi coche. | |
| 8. Siempre voy a sentirme así. | |
| 9. En el trabajo. | |
| 10. Voy a volverme loco/a. | |
| 11. Enfadado/a. | |
| 12. No soy bueno/a. | |
| 13. Las cuatro de la tarde. | |
| 14. Algo terrible va a ocurrir. | |
| 15. Nada me va bien. | |
| 16. Desalentado/a. | |

17. Nunca saldrá de esto.
18. Sentado en un restaurante.
19. Estoy fuera de control.
20. Soy un fracaso.
21. Hablar por teléfono.
22. Estar siendo desconsiderada.
23. Deprimido/a.
24. Soy un perdedor/a.
25. Culpable.
26. En casa con mis hijos.
27. Estoy teniendo un ataque al corazón.
28. Se han aprovechado de mí.
29. Estirado en la cama intentando dormir.
30. Esto no va a funcionar.
31. Vergüenza.
32. Voy a perder todo lo que he ganado.
33. Pánico.

Razone y convierta las siguientes frases irracionales en afirmaciones racionales:

1. Los gérmenes y bacterias causantes de enfermedades terribles se encuentran sobre todos los objetos.
2. Tocar los objetos con las manos me harán enfermar.
3. Si utilizo guantes no caeré enferma.
4. Si me lavo las manos con lejía y alcohol cada vez que toque un objeto no enfermaré."

Fuente:

- Gómez Borrego AB, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas [Internet] 2009 [citado 2 de Mar 2016]. Málaga; 5 (1): [15 p.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/lascasas/documentos/lc0407.pdf>