



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/266d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Metodología enfermera en trastorno obsesivo-compulsivo
<i>Autores</i>	Tatiana Arboleya Faedo, Gema Murias Moya, Melissa Cebrián Toral, Natalia Suárez Rosales
<i>Centro/institución</i>	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
<i>Ciudad/país</i>	Gijón (Asturias), España
<i>Dirección e-mail</i>	tatianaarboleya@hotmail.com

RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones recurrentes, excesivas e irracionales, lo suficientemente graves como para causar un gran malestar al individuo que lo padece, llegando a tener una significativa repercusión en su rutina diaria, en el ámbito laboral y en su vida social y familiar. Las dificultades que conllevan este trastorno pueden ser abordadas por la Enfermera Especialista en Salud Mental, como parte del equipo multidisciplinar, interviniendo en los patrones disfuncionales. Se presenta un plan de cuidados para el trastorno obsesivo-compulsivo de uso en la práctica clínica utilizando metodología enfermera.

Palabras clave: Enfermera/ Cuidados/ Obsesivo-compulsivo.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder is characterized by recurrent obsessions or compulsions, excessive or unreasonable, severe enough to cause great discomfort to the individual who has it, getting to have a significant impact on your daily routine at work and their social and family life.

The difficulties involving this disorder can be addressed by the Nurse Mental Health Specialist as part of the multidisciplinary team, intervening in dysfunctional patterns. We present a plan of care for obsessive-compulsive use in clinical practice using nursing methodology.

Keywords: Nurse, care/ obsessive-compulsive disorder.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes que causan gran angustia al individuo que lo padece.

Las obsesiones son pensamientos, ideas, imágenes o impulsos mentales que aparecen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma persistente, en contra de su voluntad y percibidos como carentes de sentido. Suelen ser siempre desagradables. Los actos o rituales compulsivos son formas de conducta estereotipadas que se repiten una y otra vez cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o malestar que experimenta la persona debido a las obsesiones, aunque no siempre se consigue. A menudo la persona reconoce también este comportamiento como irracional y hace reiterados intentos para resistirse a él normalmente sin éxito.^{1,2}

Las obsesiones y compulsiones son heterogéneas en niños, adolescentes y adultos, los síntomas pueden ir cambiando con el tiempo, aunque el TOC tiene algunos patrones sintomáticos principales:²

- La obsesión más frecuente es la contaminación, seguida por el lavado de manos o la evitación de forma compulsiva de objetos subjetivamente contaminados. Como respuesta al objeto temido surge la ansiedad, la vergüenza y la repugnancia.
- La segunda obsesión más frecuente es la duda, seguida de la comprobación compulsiva. Normalmente se sienten culpables por haber olvidado o haber hecho algo malo.
- El tercer patrón habitual son los pensamientos intrusivos de carácter agresivo o sexual sin compulsión. Los individuos pueden llegar a entregarse a la policía o a confesarse en la iglesia.
- En cuarto lugar aparece la simetría o precisión que deriva a la compulsión de lentitud, llegando a tardar horas en realizar alguna actividad.

Según la CIE 10,³ Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS 1992, los síntomas obsesivos deben ser reconocidos como pensamientos o impulsos propios, reiterados y molestos, hay una resistencia ineficaz a por lo menos uno de los pensamientos o actos, aunque estén presentes otros a los que el enfermo ya no se resista. Considera que la idea o la compulsión no debe ser en sí mismos placenteros aunque haya un alivio de tensión o ansiedad puntual. Para su diagnóstico deben estar presentes y originar angustia o incapacidad la mayoría de los días durante al menos dos semanas sucesivas.

Los estudios epidemiológicos demuestran una prevalencia a lo largo de la vida en la población general de 2% a 3%. Algunos investigadores han observado que el trastorno se observa hasta en el 10% en pacientes ambulatorios en las clínicas psiquiátricas. Estas cifras convierten al TOC en el cuarto diagnóstico psiquiátrico más frecuente.²

En adultos, la incidencia es la misma en ambos sexos,⁴ mientras que en adolescentes la frecuencia de los chicos es mayor que en las chicas. La edad media se aproxima a los 20

años. La frecuencia es superior en solteros que en casados, esto puede reflejar la dificultad que tienen los individuos con este trastorno para mantener relaciones. Estos pacientes suelen presentar otros trastornos mentales. Hay una prevalencia del 67% del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida y de fobia social alrededor del 25%. También presenta comorbilidad con la dependencia alcohólica, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, el trastorno de angustia, los trastornos de conducta alimentaria y algunos trastornos de la personalidad. Con el trastorno anancástico de la personalidad presenta una comorbilidad del 6%.⁵ La incidencia del síndrome de Gilles de la Tourette es del 5% al 7%. Un 20% - 30% de pacientes tenía antecedentes de tics.²

Es posible llegar a controlar las conductas indeseables, pero la resistencia puede debilitarse al cabo de un tiempo. Finalmente los rituales requieren cada vez más tiempo interfiriendo de forma significativa en las actividades de la vida diaria del individuo, su actividad laboral, actividades sociales habituales y en las relaciones interpersonales.

Dentro del equipo multidisciplinar, la Enfermera especialista en Salud Mental tiene la oportunidad de desarrollar una relación con los pacientes que les ayude a enfrentarse a sus temores, síntomas y problemas interpersonales. La clase de intervención en las que participa la enfermera varía desde ayudar en las actividades de la vida diaria, la terapia individual, de grupo o familiar.⁶

Metodología

A continuación se presentan los diagnósticos enfermeros encontrados en el trastorno obsesivo-compulsivo según las categorías diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁷ y se propone en programa de intervenciones enfermeras⁸ encaminadas a corregir los patrones disfuncionales de estos pacientes con el cumplimiento de los resultados NOC identificados.^{9,10}

➤ Diagnóstico: Mantenimiento inefectivo de la salud (00099)

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener salud

- Factores relacionados:
 - Afrontamiento individual ineficaz
- Características definitorias:
 - Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos y externos.
 - Expresión de interés por mejorar las conductas de cuidado de salud.

NOC: Conducta terapéutica: enfermedad (1609)

Definición: Acciones personales para paliar o eliminar la patología.

Indicadores:

160904 Cumple las actividades prescritas

160914 Equilibrio entre tratamiento, trabajo, ejercicio, ocio, descanso y nutrición

160915 Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario

1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Describir proceso de la enfermedad.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad.

➤ Diagnóstico: Trastorno de los procesos del pensamiento (00130)

Definición: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

- Factores relacionados:
 - Conflictos psicológicos.
- Características definitorias
 - Disonancia cognitiva, obsesiones, capacidad disminuida para percibir ideas y toma de decisiones. Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado (1304)

Definición: Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

Indicadores:

140309 Interacciona con los demás de forma apropiada

140312 Expone pensamiento basado en la realidad

140313 Expone un contenido del pensamiento apropiado

1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

NIC: Reestructuración cognitiva (4700)

Definición: Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Actividades:

- Ayudar a entender la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases irracionales autoinducidas.
- Ayudar a cambiar afirmaciones irracionales autoinducidas por afirmaciones racionales.
- Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre factores estresantes percibidos.
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales.
- Dar a conocer técnicas de distracción, detención del pensamiento y autoinstrucciones.

NIC: Manejo de la conducta (4350)

Definición: Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo.

Actividades:

- Procurar responsabilizar al paciente de su comportamiento.
- Establecer una relación de confianza en la que se comunique que mantenga su esperanza en que restablecerá el control de su conducta.
- Potenciar los esfuerzos que el paciente realiza para autocontrolarse.
- Ayudar al paciente a analizar sus conductas compulsivas.

NIC: Terapia de grupo (5450)

Definición: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Actividades:

- Disponer de una sesión de orientación individualizada para cada miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.
- Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
- Dar al grupo un sentido de dirección que les posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo.
- Utilizar la técnica del “activación de aquí y ahora” para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto.
- Proporcionar refuerzo social para conseguir las conductas/respuestas deseadas.
- Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas.
- Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros.

➤ Diagnóstico: Deterioro de la interacción social (00052)

Definición: Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

- Factores relacionados:
 - Alteración de los procesos del pensamiento.
- Características definitorias
 - Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
 - Verbalización de malestar en las situaciones sociales.

NOC: Habilidades de interacción social (1502)

Definición: Conductas personales que fomenten las relaciones sociales.

Indicadores:

150203 Cooperación con los demás

150205 Uso de la asertividad

150209 Mostrar calidez

150211 Parecer relajado

150212 Relaciones con los demás

150216 Utilizar formas/métodos de resolución de conflictos

1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

NIC: Potenciación de la autoestima (5400)

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar a reexaminar las percepciones negativas propias.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos (actividades de ocio).
- Recompensar o alabar el progreso en la consecución de objetivos.

➤ Diagnóstico: Ansiedad (00146)

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimientos de aprensión causados por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

- Factores relacionados
 - Conflicto inconsciente sobre las necesidades y metas de la vida.
 - Necesidades no satisfechas.
- Características definitorias
 - Conductuales:
 - Disminución de la productividad.
 - Preocupación creciente.
 - Aprensión.
 - Afectivas:
 - Angustia.
 - Nerviosismo.
 - Arrepentimiento.
 - Fisiológicas:
 - Aumento del pulso, sequedad bucal... (simpático).
 - Tensión facial.
 - Fatiga.
 - Cognitivas:
 - Preocupación
 - Rumiación.
 - Miedo a consecuencias inespecíficas.
 - Dificultad para la concentración.
 - Disminución de la habilidad para solucionar problemas.

NOC: Autocontrol de la ansiedad (1402)

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores:

- 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes
- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
- 140208 Refiere disminución del tiempo entre episodios
- 140213 Refiere ausencia de distorsiones de la percepción sensitiva

1: Nunca demostrado; 2: Raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: Frecuentemente demostrado; 5: Siempre demostrado

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

NIC: Relajación muscular progresiva (1406)

Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Actividades:

- Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8 grupos musculares principales.
- Indicar que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.
- Indicar que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.
- Explicar que tiene que respirar profundamente y expulsar lentamente el aire y con ello la tensión.
- Animar a que practique en su casa.

Discusión

Actualmente en España, gracias a la especialización sanitaria, la enfermería está adquiriendo nuevas competencias. En 2009, a través de la premisa de que el personal de enfermería es el más directo y que más tiempo pasa en contacto con el paciente, enfermeras especialistas en salud mental exponen el éxito de su intervención en un paciente obsesivo compulsivo.¹¹ Todavía no existen estudios que avalen la efectividad de las intervenciones de enfermería que se plantean, aunque dichas intervenciones han sido ampliamente estudiadas por otros profesionales del ámbito de la salud.

El primer paso para el buen manejo de los pacientes con TOC se puede conseguir mediante una buena información / educación sobre el trastorno,¹² esto se puede llevar a cabo a través de la intervención “Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)”, consiguiendo ayudar a los pacientes a no sentir vergüenza ni ocultar sus síntomas.

Se decide utilizar la intervención “Terapia de grupo (5400)” por su coste-efectividad, pues resultados del estudio de Fals-stewart¹³ exponen que ambas intervenciones, individuales y de grupo, resultan ser igualmente eficaces en reducir el malestar causado por los síntomas del TOC, la depresión y la ansiedad en general. Aunque se debe tener en cuenta que los pacientes con una intervención individual demostraron reducciones más rápidas en la gravedad de los síntomas del TOC.

Se ha recurrido a la “Relajación muscular progresiva (1406)” para el control del ansiedad aunque, en comparación, otras técnicas también mejoran la calidad de vida del paciente y se han demostrado más eficaces en el tratamiento del TOC a largo plazo.¹⁴

La “Reestructuración cognitiva (4700)” junto con el “Manejo de la conducta (4350)”, se incluyen dentro de las intervenciones cognitivo-conductuales. Una de las más novedosas es la terapia de aceptación y compromiso que mejora claramente las

obsesiones y compulsiones, pese a que diversos estudios señalan que existen pacientes resistentes a estas intervenciones.¹⁵ Se debe tener en cuenta, que entre las técnicas conductuales con mejores resultados está la exposición en vivo con prevención de respuesta.¹⁶

Los síntomas del TOC producen un malestar importante, ocupan mucho tiempo al paciente y suelen interferir considerablemente en la vida cotidiana, el trabajo o la vida social y de relación con otras personas,¹⁷ por ello es importante fomentar sus habilidades de interacción social a través de la intervención enfermera “Potenciación de la autoestima (5400)”.

En niños, la intervención familiar estructurada, es eficaz para reducir la gravedad del TOC y la discapacidad que provoca.¹⁸

Conclusiones

A pesar de los avances y mejoras en el tratamiento del TOC, se estima que en torno al 20-30% de los pacientes son resistentes a los tratamientos habituales y esto les conduce a un deterioro y una afectación grave.¹⁹

En la actualidad tenemos la oportunidad de utilizar instrumentos que potencien y desarrollen nuestra aportación al proceso asistencial, al estandarizar los cuidados enfermeros, utilizando un lenguaje común y homogeneizando las actividades podemos conseguir unas intervenciones más eficientes para el paciente.

Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de psiquiatría. Vol. 2. Ars Medica; 2005.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sandock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 10ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, S.A.; 2008.
3. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITO; 1992.
4. Hollander E, Simeon D. Guía de trastornos de ansiedad. Madrid: Elsevier; 2004.
5. Belloch A, Fernández-Álvarez H. Trastornos de la personalidad. Guías de intervención. Madrid: Síntesis; 2005.
6. Schoen Jonson B, PhD, CS, PMHNP. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Adaptación y crecimiento. 4ª ed. Vol. 1. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 2000.
7. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
8. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier ; 2009.
9. Moorhead S, Jonson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
10. Fornés Vives J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. Valoración y Cuidados. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.
11. Gárriz Murillo, Cristina; Zazpe Ustárriz, Marta. Trastorno obsesivo compulsivo: Cuidados enfermeros en la terapia de aceptación y compromiso. Rev Presencia 2009 jul-dic, 5(10). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n10/p7092.php>>

12. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 2006;333:424-9.
13. Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1993 Mar;181(3):189-93. Citado en PubMed PMID: 8445378.
14. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, Woidneck MR. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. Department of Psychology, Utah State University, 2810 Old Main Hill, Logan, UT 84322-2810, USA.
15. Tumur I, Kaltenthaler E, Ferriter M, Beverley C, Parry G. Computerised cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Psychother Psychosom*. 2007;76(4):196-202. Citado en PubMed PMID: 17570957.
16. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campear R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:151-61.
17. García-Parajuá P, Magariños López M. Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. *5414 Medicine*. 2007;9(84):5414-5420.
18. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, McCracken J. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Nov;50(11):1149-61. doi: 10.1016/j.jaac.2011.08.003. Epub 2011 Sep 22. Citado en PubMed PMID: 22024003.
19. Schruers K, Koning K, Luermans J, Haack MJ, Griez E. Obsessive-compulsive disorder: a critical review of therapeutic perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111:261-71.