

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

**TRABAJO ACADÉMICO
PRESENTADO POR:**

LIC. GERONIMO LOPEZ JULIO

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRIA**

**ASESORA:
DRA. ESVIA CONSUELO TORNERO TASAYCO**

**LIMA – PERÚ
2019**

DEDICATORIA

A Dios siempre me ilumina y guía mi caminar, me brinda sabiduría, fortaleza para continuar y no caer en el fracaso.

A mi madre Marcela López Mendoza, que siempre me ha apoyado en mi carrera profesional moralmente con sus consejos y comprensión.

AGRADECIMIENTO

A Dios que es muy importante en mi vida que siempre me ha acompañado en los momentos difíciles de mi carrera profesional.

A mi madre por brindarme una carrera profesional y trasmitirme buenos principios morales.

A la Mg. AIDA MAYTA FLORES, por la orientación y enseñanzas durante la especialidad.

ÍNDICE

Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii

CAPÍTULO I: MARCO TEORICO

Bases Teóricas	8
Teoría de Enfermería	15
Cuidados De Enfermería	15
Estudios Relacionados	17

CAPÍTULO II: APLICACIÓN DEL PAE-EBE

Valoración De Enfermería	19
Diagnósticos de enfermería	27
Ejecución De Intervenciones	29
Evaluación De Los Resultados	49

CAPÍTULO III

Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias Bibliográficas	54
Anexos	56

RESUMEN

En el caso clínico de este trabajo se realizó una evaluación mística al paciente el Trastorno Obsesivo - Compulsivo es una patología neuro - psiquiátrica afectando a muchos usuarios en el caso del paciente muestra pensamientos y emociones negativas la cual hace cometer actos de auto violencia dirigida. Este trabajo de investigación también pretende dar las intervenciones de Enfermería en un marco científico utilizando el proceso atención de Enfermería. En este caso el paciente, se mostró con un nivel de conciencia adecuada y con capacidad intelectual aparente, aunque con el paso de las horas en la evaluación mostro conductas agresivas. Los pacientes muchas veces creen que sus aptos, pensamientos y sentimientos son parte del mismo ya que por el déficit del proceso del pensamiento no están en la capacidad de procesar y entender su situación real. Esto a su vez afecta a la familia ya que es el principal cuidador y se afronta a nuevos cambios. Es importante trabajar con un enfoque multidisciplinario y hacer participar a los familiares en la atención del usuario.

Para la priorización e identificación de los diagnósticos de enfermeros se realizó la valoración mediante los 11 patrones funcionales de Marjori Gordon, en la cual tiene un enfoque holístico y transversales con los 13 dominios de NANDA Internacional y tienen una correlación directa con Intervenciones Nic y los resultados Noc. A su vez se inició con una valoración física céfalo – caudal y recogida de datos de estudios de laboratorios, que se interpretaron para así poder realizar una confrontación de datos, determinar los diagnósticos de enfermería darle prioridad a cada uno de ellos y poder realizar las intervenciones de enfermería, donde se obtuvieron diagnósticos centrados en problemas, vulnerabilidad. El resultado del estudio permitió precisar cuidados idóneos de calidad e intervenciones que favorecieron a la familiar y al paciente en un marco holístico.

PALABRAS CLAVE: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Cuidados de Enfermería.

ABSTRAC

In the case of this work we conducted an evaluation of mystique to the patient Obsessive-Compulsive Disorder is a pathology neuropsiquiatrica that affects many users in the case of the patient shows negative thoughts and emotions which makes committing acts of self-violence that is directed. This research work also aims to give the Nursing interventions in a scientific framework using the process of Nursing care. In this case, the patient, showed a level of awareness and appropriate intellectual ability apparent, although with the passage of the hours in the evaluation showed aggressive behaviors. Many times patients believe that their suitable thoughts and feelings are part of the same as by the deficit of the thought process are not in the ability to process and understand its real situation. This in turn affects the family is the primary caregiver and is facing new changes. It is important to work with a multidisciplinary approach and involve the relatives in the user's attention.

For the prioritization and identification of diagnoses of nurses performed the assessment using the 11 functional patterns of Marjori Gordon, which has a holistic approach and cross-cutting with the 13 domain of NANDA International and have a direct correlation with Interventions and Nic outcomes Noc. His time began with a physical assessment cephalic – caudal and collection of data from laboratory studies, which interpreted so as to be able to perform a variety of data, determine the nursing diagnoses to give priority to each one of them and be able to perform the nursing interventions, which were obtained diagnostics focused on problems, vulnerability. The result of the study allowed to require care appropriate and quality interventions that favored the family and the patient in a holistic framework.

KEY WORDS: Obsessive-Compulsive Disorder, Nursing Care.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una patología neuropsiquiatría arraigado, manifestados por diversas obsesiones y compulsiones con mal pronóstico, que para su mala suerte se diagnostica meses o años luego de su comienzo que afecta a la mayoría de las personas y que a su vez enfrenta a la familia a toma de decisiones también como una alteración a nivel mental afectando al pensamiento, las turbaciones y comportamiento de la persona afectada. Muchos de aquellos tienen signos y síntomas a los 24 años de edad, las $\frac{3}{4}$ parte se aparecen a los 30 años de edad, se encuentra síntomas precoces en los varones. Esta enfermedad es irreversible. Se procedió aplicar los instrumentos de recolección de datos como entrevistas, de donde se obtuvieron los datos subjetivos y se enfocaron en las esferas mentales de evaluación de la salud mental del paciente.

Los tratamientos de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo – Compulsivo viene siendo una importancia para los especialistas en Psiquiatría y Salud Mental y mucho más para el mismo paciente ya que presenta respuestas múltiples de manera desorganizada por el trastorno mental por el cual pasa. Ya por el hecho de cambiar el lugar donde residen, alteran su bien estar y son agresivos ya que de esa manera buscan protegerse así mismo.

Siguiendo las etapas del proceso atención del enfermero, se midió los resultados mediante la fase de evaluación, la cual permitió interrelacionar con el usuario y así poder brindar un cuidado humanizado no solo a él sino también a la familia.

En el Capítulo I se habla del Marco Teórico de la patología.

En el Capítulo II se aplica el proceso de atención de enfermería.

En el Capítulo III se llega a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1 Bases Teóricas

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por pensamientos intrusivos, repetitivos y conductas rituales que causan gran sufrimiento a quien lo padecen por lo severo e irracional de sus síntomas y por la frecuente asociación con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas. Se definen como cualquier pensamiento, imagen o impulso que viene a la mente de manera recurrente, persistente que se experimenta en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y que causan ansiedad o mal estar significativo. (Juan Felipe Ortiz Tobón. 2016Pág. 51)

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo se clasifica en el DSMIV como un trastorno de Ansiedad, manifestado con Obsesiones, Compulsiones o ambas, que causan perturbación significativa en el área social o personal. A lo largo de la vida tiene una tasa de prevalencia de 2,5% en el mundo. En el cual va produciendo un gasto económico al estado debido a que interfiere marcadamente en las relaciones laborales del individuo y va deteriorando sus vínculos interpersonales aislándolo de la Sociedad.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo suele iniciarse en los primeros años de vida adulta, pero también puede tener inicio en la infancia. La mitad de los pacientes tienen síntomas a los 25 años y las tres cuartas partes a los 30 años. Se halló un inicio precoz en los hombres. La familia es la más afectada por este trastorno. Las personas con TOC tienen dificultad para mantener un trabajo o cuidarse por sí solo, no tienen la oportunidad que tienen las demás personas, se estigmatiza al paciente con TOC como paciente mal llamado “loco” (Sonia Kodysz. 2017 Pag. 15)

Las Obsesiones se definen como pensamientos, impulsos o imágenes que de modo intrusivo e indeseado se hacen presente en la conciencia causando ansiedad o malestar significativo. Las obsesiones se experimentan como

propias, involuntarias, inapropiadas y desagradables originando malestar subjetivo en forma de miedo, disgustos, dudas o sensación de incompletud no siendo simples pensamientos excesivos acerca de la vida real. Las Compulsiones son comportamientos, motores o actos mentales, repetitivos finalistas e intenciones que el sujeto se ve impelido a realizar de manera estereotipada o de acuerdo a determinada reglas por lo general en respuesta a una obsesión, con el fin de reducir el malestar o de evitar que ocurra el daño anticipado objetivamente improbable para sí mismo o para los demás. Se requiere que las obsesiones y/o compulsiones causen además de un malestar clínico objetivo una pérdida de tiempo en la rutina diaria con interferencia significativa en el funcionamiento general originando al sujeto desadaptación familiar, académica y/o social.

Aunque los niños y los adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo representan un grupo heterogéneo con una amplia gama de manifestaciones clínicas tanto en el inicio como en el curso de la enfermedad de siempre se ha aceptado que los criterios diagnósticos son similares a los de los adultos. No obstante los niños y con algunas frecuencia los adolescente, puede que no perciban subjetivamente los síntomas como excesivos, irracionales o extraños pudiendo resultar ego sintónicos lo que puede plantear dudas sobre la resistencia que oponen a los síntomas y el malestar subjetivo que les origina.

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiene un patrón de pensamientos y miedos irracionales (obsesiones) que te hacen tener comportamientos repetitivos (compulsiones). Estas obsesiones y compulsiones interfieren en las actividades diarias y causan mucha angustia. Tal vez intentes ignorar o detener tus obsesiones, pero eso solo aumenta la angustia y la ansiedad. En última instancia, sientes la necesidad de realizar actos compulsivos para intentar aliviar el estrés. A pesar de los esfuerzos para ignorar o eliminar los pensamientos o necesidades que te molestan, estos vuelven una y otra vez. Esto produce un comportamiento más ritualista: el círculo vicioso del TOC.

El TOC suele centrarse en determinados temas, por ejemplo, un miedo a contaminarse con gérmenes. Para aliviar el miedo a contaminarse, puede que te laves las manos compulsivamente hasta que estén doloridas y agrietadas. Si tienes TOC, tal vez sientas pena y vergüenza por la enfermedad, pero el tratamiento puede ser eficaz.

A menudo, las obsesiones tratan sobre distintos temas, por ejemplo:

- Temor a la contaminación o a la suciedad
- Necesitar que las cosas estén ordenadas simétricamente
- Pensamientos agresivos u horriblos sobre lastimarte o lastimar a otros
- Pensamientos indeseados, por ejemplo, agresivos, o sujetos religiosos o sexuales

Los signos y síntomas de la obsesión incluyen lo siguiente:

- Temor a contaminarse por tocar objetos que han tocado otros
- Dudas sobre si se puso llave a la puerta o si se apagó la estufa
- Estrés intenso cuando los objetos no están ordenados u orientados de una determinada manera
- Imágenes indeseadas e incómodas en las que te lastimas o que lastimas a otros
- Pensamientos sobre gritar obscenidades o actuar de manera inadecuada, los cuales son indeseados y te incomodan
- Evasión de situaciones que pueden desencadenar obsesiones, como dar la mano
- Angustia acerca de imágenes sexuales desagradables que se repiten en la mente

Las compulsiones del TOC son comportamientos repetitivos que te sientes obligado a cumplir. Estos comportamientos repetitivos o actos mentales tienen como fin prevenir o reducir la ansiedad relacionada con tus obsesiones o evitar que suceda algo malo. Sin embargo, involucrarse con las compulsiones no genera placer y puede aliviar la ansiedad solo temporalmente.

Puedes establecer reglas o rituales que te ayuden a controlar la ansiedad cuando tengas pensamientos obsesivos. Estas compulsiones son excesivas y, a menudo, no están relacionadas de manera realista con el problema que intentan solucionar.

Tal como ocurre con las obsesiones, las compulsiones también son sobre temas determinados, por ejemplo:

- Lavado y limpieza
- Verificación
- Recuento
- Orden
- Respetar rutinas estrictas
- Exigir garantías

Los signos y síntomas de la compulsión incluyen lo siguiente:

- Lavarse las manos hasta que la piel queda en carne viva
- Verificar varias veces que las puertas están con llave
- Verificar varias veces que la estufa está apagada
- Contar siguiendo determinados patrones
- Repetir en voz baja una plegaria, una palabra o una frase
- Ordenar las latas de modo que estén orientadas hacia el mismo lado

La gravedad varía

En general, el TOC se inicia en la adolescencia o en la juventud. Los síntomas suelen manifestarse de manera gradual y varían en cuanto a gravedad durante toda la vida. Por lo general, empeoran cuando sientes más estrés. El TOC, que generalmente se considera un trastorno crónico, puede tener síntomas leves a moderados, o puede ser tan grave y prolongado que incapacita.

Los factores que aumentan el riesgo de padecer o detonar el trastorno obsesivo compulsivo incluyen los siguientes:

- **Antecedentes familiares.** Tener padres u otros familiares con el trastorno puede aumentar el riesgo de desarrollarlo.
- **Acontecimientos estresantes de la vida.** Si has experimentado eventos traumáticos o estresantes, el riesgo puede ser mayor. Esta reacción puede, por algún motivo, desencadenar los pensamientos intrusivos, los rituales y la angustia emocional característica del trastorno.
- **Otros trastornos de salud mental.** El trastorno obsesivo compulsivo puede estar relacionado con otros trastornos de salud mental, como el trastorno de ansiedad, la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de tic. (Personal de MAYO CLINIC. 2016)

Estos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente. Las obsesiones pueden tener varios contenidos y aquí mencionamos las más frecuentes:

Contaminación: Las personas piensan o sienten que se pueden contaminar o ensuciarse por tocar distintas cosas (animales, basura, desechos corporales como sangre, sudor, heces), pueden pensar que enfermarán o que contagiarán a alguien más.

Agresivas: Las personas pueden tener pensamientos o impulsos de lastimar a alguien querido, o ser el responsable de esa situación por no ser cuidadosos. Y por supuesto nunca lo hacen, ya que saben que es ilógico.

Orden y simetría: las personas tienen la idea de que las cosas tienen que estar en un orden específico o que se tienen que acomodar de una manera especial “porque así tiene que ser” o porque algo podría pasar si no lo acomoda (un accidente o mala suerte).

Sexual y religioso: A la persona le puede llegar a la mente pensamientos sexuales perversos o prohibidos y no se los puede quitar (aunque los reconoce como absurdos). También hay a quien le llegan imágenes ofensivas a Dios o malas palabras que no puede evitar.

Las Compulsiones se le denominan a las conductas que la persona que tiene obsesiones realiza para bajar la ansiedad, las cuales se van volviendo repetitivas, ilógicas y le exigen tiempo, además de que solo bajan la ansiedad momentáneamente. Las compulsiones varían de acuerdo al tipo de obsesión que tiene la persona. Hay quienes por sus ideas se tienen que lavar las manos o limpiar repetitivamente, hay quienes tienen que revisar todo lo que hacen varias veces, hay quienes tienen que repetir actividades o palabras, hay quienes tienen que rezar o contar cosas o hacen listas en exceso.

Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

Causas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Factores biológicos: muchas investigaciones apoyan la hipótesis de que se trata de una alteración en la regulación de un neurotransmisor llamado serotonina en áreas del cerebro que controlan pensamiento y conductas (lóbulos frontales en áreas orbito-frontal y cinglar, además de otras áreas de la base del cerebro como el núcleo caudado y el núcleo accumbens). También se ha considerado un factor genético, que juega un papel importante en la presentación de este trastorno sobre todo cuando aparece en la infancia.

Diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

A continuación se presenta un ejercicio que puede ayudarte a sospechar este problema:

- 1.- ¿ Has estado molesto por tener pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, no deseados, desagradables, que consideras absurdos o ilógicos y te angustian (la idea de que te puedes contaminar o contaminar a alguien, de dañar a otras personas, de ser responsable de algo terrible por presentar pensamientos o imágenes prohibidas o perversas, insultos a imágenes religiosas)?
- 2.- ¿Estos pensamientos, imágenes o impulsos vuelven a tu mente aun cuando tratas de ignorarlos o quitártelos?
- 3.- ¿Has hecho cosas repetitivas sin ser capaz de detenerte o evitarlo (lavar o limpiar en exceso, revisar una y otra vez, repetir una y otra vez, ordenar)
- 4.- ¿Reconoces que esos pensamientos y esas conductas son ilógicas, absurdas o excesivas?

Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Los pacientes con TOC requieren de múltiples tratamientos, por ejemplo, TCC (terapia cognitiva conductual), fármacos, entrenamiento conductual para los familiares, etc. Usualmente, dicha variedad de tratamientos será más efectiva si está integrada e impartida por múltiples profesionales. Terapia Cognitivo Conductual (TCC): de estas específicamente exposición y respuesta preventiva, que reducen los síntomas, este tipo de terapia es considerada el tratamiento psicosocial para el TOC. Tratamiento farmacológico: es relativamente simple y directo, se lleva a cabo con diversos antidepresivos de preferencia clorimipramina o ISRS (inhibidores selectivos de recaptura de serotonina). (Juan Mejias Vizcarro. 2015)

1.2 Teoría de Enfermería

La teoría psicodinámica de Peplau, tiene como primer impacto la ser capaz de entender la propia conducta con la cual se identifica y se inicia con la aplicación del cuidado humanizado ya que esta problemática nace de la experiencia del paciente con trastorno mental e incluso a los familiares mismos. La autora indica que es importante la relación enfermera paciente, orientando al usuario, ya que este individuo tiene una necesidad de apoyo emocional y no solo él también la familia quien es su entorno a su vez realizar una exploración del estado mental del usuario. El enfermero tiene que ver al usuario como un ser que busca sus necesidades y satisfacerlas. La familia cumple un rol importante para el proceso de recuperación del usuario.

1.3 Cuidados de enfermería

- Interactuar con el paciente, Se da con la finalidad de fortalecer la confianza entre el usuario y el personal de salud.

- Bioseguridad, es el Conjunto de medidas y normas preventivas, y esta destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos.
- Disminuir la conducta inhibida, nos permitirá que el usuario se sienta seguro a verbalizar sus pensamientos.
- Aumentar la autoestima del usuario, nos permitirá que el usuario pueda tomar decisiones y mejorar su aspecto
- Brindar orientación al usuario en la realidad (tiempo-espacio-persona), permite que el usuario tome conciencia de sí mismo y disminuya la ansiedad.
- Incrementar la capacidad del usuario diferenciando el concepto de sí mismo y el medio externo, nos permite que el usuario distinga lo real de lo que no es
- Brindar apoyo al paciente sobre los límites del yo, nos permitirá disminuir el miedo del usuario
- Administrar psicofármacos, permitirá seguir con el régimen terapéutico y disminuir la sintomatología del paciente
- Brindar un ambiente seguro al usuario, permitirá que el usuario se sienta cómodo y disminuya su inseguridad.
- Brindar el apoyo a usuario a disminuir agresividad, Lograremos que el usuario mantenga su equilibrio y pueda realizar actividades
- Realizar el registro de enfermería, es el registro de las observaciones, cuidados, procedimientos y medicamentos administrados al paciente.

1.4 Estudios Relacionados

Según, Rafael Sales Orts en el 2015, Valencia-España en su estudio “Análisis del proceso de enfermería en una sala de Psiquiatría”, en esta investigación tuvo como objetivo valorar la evolución de patrones, respuestas humanas y objetivos de salud en sus días de hospitalización y observar las actividades de enfermería que se ofrece. Se valora el área Psiquiátrico del hospital universitario de Valencia en el cual se llegó a la conclusión; los enfermeros y las enfermeras del área de Salud Mental y Psiquiatría de un centro hospitalaria se detecta solución y se brindan actividades ordenadas y arreglado así llegar a la finalidad de los mismos, las intervenciones que realizan los y las enfermeros y enfermeras siendo la originalidad de la lista dada por la Universidad de Iowa (NIC) y su elaboración repercute específicamente en la consecución de objetivos de salud y en la resolución de problemas y por último las actividades de las intervenciones brindadas por los profesionales de enfermería en la elaboración de los objetivos sean vistas visualmente no queda reflejada en el registro de enfermería de la historia clínica, siendo así dificultoso la investigación retrospectiva y dando una visión errara de la realidad.

Según, Susana Jimenez Murcia en el 2017, España, en su estudio denominado “Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Estudio comparativo de casos)” este estudio tuvo como objetivo de determinar los rasgos sintomatológicos y psicopatológicos similares y diferenciales entre Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Trastorno Conducta-Alimentaria, se obtuvo de una muestra de 90 pacientes (30 de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, 30 de Anorexia Nerviosa, 30 con Bulimia Nerviosa). Llego a una conclusión las personas que llevan el diagnostico de Trastorno Obsesivo Compulsivo presenta menor sintomatología y psicopatología alimentaria que pacientes con un Trastorno de Conducta-Alimentaria incluso tras ser contralado las variables peso y edad, estas diferencias aparece en forma notoria en aspectos como conciencia interoceptiva e ineficacia también tanto como paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo como con Trastorno de Conducta Alimentaria especialmente en el caso de Anorexia Nerviosa incluso tras controlar peso y edad muestra valores

elevados en personalidad obsesiva que indicaron rasgos comunes en obsesividad, rigidez y perfeccionismo.

Según, Pj. Rodríguez Hernández, BM. Lago García, JL. Morales Tuñón, I. Fernández Márquez, MT. Santamaría Ramiro, V. Mahtani Chugani; en el 2016, España, en su estudio denominado “Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo”, este estudio tiene como misión estudiar un análisis descriptivo de una cantidad del área de pediatría y adolescencia afecto de Trastorno Obsesivo Compulsivo, la investigación es observacional descriptivo de una cantidad de usuarios a partir de la observación sistémico de sus HH.CC., da como resultado que las obsesiones más elevados son el miedo a morir y a tener una patología, en cambio las compulsiones más visitas es la higiene y la simetría, el 55% de la muestra presentan comorbilidad con otras patologías nuero mental y el 65% de los casos algunos de los progenitores sufren de alguna patología psiquiátrica esto quiere decir que gran cantidad de usuarios de la serie estudiada llevan antecedentes de familia con trastorno mentales, comorbilidad con otras patologías Psiquiátricos y en algunos casos necesitan más de un fármaco psicótico.

CAPITULO II:

APLICACIÓN DEL PAE

2.1 Valoración

2.1.1.- Datos de Filiación:

- **Nombre del Paciente** : M. L. M.
- **Edad** : 38 años
- **Fecha de Nacimiento** : 12-noviembre-1978
- **Sexo** : Masculino
- **Raza** : Mestizo
- **Religión** : Católico
- **Grado de Instrucción** : Superior Técnico
- **Ocupación actual** : Sin ocupación
- **Estado civil** : Soltero
- **Lugar de Nacimiento** : Echarate (Cuzco)
- **Procedencia** : Centro Poblado Malvinas
- **Domicilio** : Malvinas
- **Nombre de la madre** : A. M. C.
- **Fecha de Ingreso** : 13 de marzo
- **Fuente** : Historia clínica 211314

MOTIVO DE INGRESO:

El paciente ingresa al servicio de Emergencia de la unidad Médica de Malvinas (Plus Petrol), presentando conducta de obsesión de contaminación con ideas delusivas de lavarse las manos, abandono de tratamiento hace 18 días aproximadamente.

2.1.2.- Antecedentes Patológicas:

- A los 14 años es operado de apendicitis aguda.

2.1.3.- Antecedentes Psiquiátricos:

- A los 20 años intento de suicidio (consumo de veneno para rata)
- Dx F42. internado en Hospital de Quillabamba.

2.1.4.- Datos de la familia:

- Padre : Fallecido
- Madre : Vive
- Hermanos : 2 hermanos
- Hijos : No tiene
- Familia con patología psiquiátrica: Abuela y Tío paterno recibe tratamiento en la ciudad de Cuzco (Hospital Regional)

2.1.5.- Examen Mental:

- 1. Aspecto, actualidad u conducta:** contacto sintónico, aspecto cuidado, actitud colaborador a la entrevista; pero refiere “me tengo que lavar las manos para la conversación”
- 2. Conciencia y Orientación:** vigil, orientado en tiempo espacio y persona
- 3. Memoria y orientación:** memoria inmediata conservada, reciente disminuida y remota conservada. Hipoprosexia.
- 4. Psicomotricidad:** tremor de miembros superiores.
- 5. Lenguaje:** coherente, fluido, con variaciones de tono.
- 6. Humor y afectividad:** humor eutímico con fluctuaciones en el estado de ánimo con variabilidad circadiana.
- 7. Pensamiento:** delusivo de contaminación de lavarse las manos en cada momento.
- 8. Voluntad:** respuestas favorables a órdenes.
- 9. Juicio e interpretación:** establece relación o diferencia entre dos objetos.
- 10. Conciencia de enfermedad:** sin conciencia de enfermedad.

2.1.6.- Situación Problemática:

Usuario adulto con 38 años de edad de nombre V. H. A. de sexo masculino natural de Cuzco, ingresa por emergencia de la Unidad Médica de Malvinas (Plus Petrol) por presentar conducta de obsesión de contaminación con ideas delusivas de lavarse las manos, abandono de tratamiento hace 18 días.

A la entrevista paciente refiere: “Dr. ¿Yo estoy sano” “No entiendo porque me traen al hospital” “Acá me tienen dopado” “Yo no tomo mis medicamentos porque son feos” “No quiero que me hablen” “No tengo mucha hambre” “A veces no duermo por las noches porque no tengo sueño” “Tengo las manos sucias no tiene jabón? Para lavarme” “No me interesa mejorar mi salud” “En casa no me quieren porque no me hacen caso” “No quiero la compañía de nadie” “Dr. Quiero que me den un cuarto aparte acá ay puros locos, no quiero estar con nadie, me gusta estar solo”

A la evaluación : Paciente se le observa deambulando de un lado a otro en AREG, AREN, Lucido en persona y espacio pero desorientado en tiempo inquieto frotándose las manos con presencia de heridas superficiales, aislado del grupo de aspecto desaliñado con presencia de cabello corto seco de buena distribución, ojos simétricos sin presencia de secreciones oculares pero con ojeras, pabellón auriculares simétricos, fosa nasales permeable respirando al ambiente, labios secos con dentadura completa, se encuentra presente en las actividades pero no participa, no muestra interés.

Al examen Mental: Muestra dificultad para la concentración, su lenguaje es productivo y coherente de tono de voz bajo, pensamiento afectivo hacia madre.

Control de Funciones Vitales:

- ✓ P/A : 110/60
- ✓ F.C. : 78x`
- ✓ F.R. : 20x`

- ✓ T° : 36.4° C
- ✓ Peso : 50 Kilos
- ✓ Talla : 1.69 metros
- ✓ IMC : 17.5 kg/m²
- ✓ Hb : 9.1

2.1.7 Exploración física

- **Cráneo:** mesaticefalia, se observa cabello de color negro de buena implantación.
 - ✓ **Ojos:** simétricos, isocóricos, foto reactivas con tendencia la sueño.
 - ✓ **Nariz:** con fosas nasales permeables.
 - ✓ **Boca:** lengua seca, saburral con dentadura completa.
 - ✓ **Oídos:** pabellones auriculares simétricos con cerumen.
- **Cuello:** de forma largo cilíndrico no se evidencia nódulos, deformaciones, tumoraciones, edemas en posición central, con movilidad de cuello flexo extensión, rotación, lateralización.
- **Tórax:** normal, cilíndrico y simétrico, no presencia de ruidos sobre agregados en ACP.
- **Abdomen:** blando, depresible, no se palpan visceromegalias, con ruidos hidroaéreos normales, cicatriz en flanco derecho por cirugía de apendicetomía.
- **Miembros superiores:** con fuerza y tono muscular normal con presencia de heridas superficiales a producto del exceso frotado de manos.
- **Espalda:** columna vertebral en posición normal.
- **Área perineal:** con presencia de bellos púbicos, con presencia de escrotos simétricos, sin ninguna alteración en miembros reproductor.
- **Ano:** orificio anal conservado.
- **Miembros inferiores:** fuerza disminuida, tono y movilidad conservada.

2.1.8 Diagnostico Medico actual:

- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

2.1.9 Tratamiento actual

- Dieta completa + LAV
- Clovitramina
- Valproato de sodio
- Clonazepam
- Sulfato ferroso

2.1.10 Exámenes Auxiliares

2.1.10.1 Hemograma Completo

Eritrograma

Eritrocitos	5.2 millones/mm ³
Hemoglobina	12.8 gr/dL
Hematocrito	38.4 %
VCM	88.46 U ³
HCM	23.08 Pg
CHCM	26.09 %

Leucograma

Leucocitos	8.700/mm ³
Neutrófilos	67%
Metamielocitos	0%
Bastonetes	0%
Segmentados	67%
Eosinófilos	3%
Basofilos	0%
Linfocitos	28%
Monocitos	2%
Plaquetas	280.000/mm ³

2.1.10.2 Inmunosereologia

VDRL cualitativo	NO REACTIVO
HIV	NO REACTIVO
HVB	NO REACTIVO

2.1.10.3 Bioquímica

Glucosa	97
Colesterol	120
Triglicéridos	140

2.1.10.4 Examen de Orina

General:

Color	amarillo claro
Aspecto	ligero turbio
PH	acido
Densidad	1.020

Sedimento urinario:

Células epiteliales	Reg. cantidad
Leucocitos	2-4xc
Hematíes	0-1xc
Cristales	uratos 1+
Filamentos mucoides	1+

2.1.11 Valoración Patrones Funcionales

2.1.11.1 Patrón I: Percepción Control de la Salud

Usuario en regular estado de higiene (cabello, uñas largas), sin referir antecedentes familiares.

Refiere que toma diariamente una tableta de pastilla para dormir, pero desconoce nombre del medicamento. Refiere “yo no tomaba mi medicina son feos yo los votaba”

2.1.11.2 Patrón II: Nutricional – Metabólico

Paciente con: T^o: 36.4 °C, Peso: 50 kg, Talla: 1.69cm,

IMC: 17.5 kg/m².

Piel seca, con palidez marcada, tibia al tacto, intacta; cavidad oral hidratada con piezas dentarias completas.

2.1.11.3 Patrón III: Eliminación

Paciente refiere evacuar una vez al día.

2.1.11.4 Patrón IV: Actividad – Ejercicio

Paciente presenta FR: 20x[`], PA: 110/60mmHg y FC: 78x[`]

Además, no presenta edemas en miembros inferiores, miembros superiores presenta heridas superficiales en ambas manos, Hb: 9.1 gr/dL.

2.1.11.5 Patrón V: Sueño – Descanso

Paciente presenta problemas para dormir, duerme a intervalos en las horas nocturnas. Refiere: “Dr. Quiero que me den un cuarto aparte acá ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar solo”, “a vece son duermo por las noches porque me siento sucio”

2.1.11.6 Patrón VI: Perceptivo – Cognitivo

Paciente al momento de evaluación no se observa centrado en tiempo real, espacio y personalidad.

Evaluación Esferas Mentales

Afecto:

- **Expresión facial:** Muestra fascia de indiferencia hacia el entrevistador.

- **Postura y Movimiento:** paciente se muestra relajado a la entrevista.
- **Relación con el entrevistador:** presencia de lenguaje productivo (cooperador).

Lenguaje:

- **Velocidad:** presenta de lenguaje activo.
- **Tono:** presenta un lenguaje muy productivo y en tono bajo.
- Apetito:** paciente refiere: “no tengo mucha hambre”

2.1.11.7 Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

Paciente irritada por su estado de salud actual, en regular estado de higiene (cabello, unas largas y sucias). Siente que su mano esta sucio.

2.1.11.8 Patrón VIII: Relaciones – Rol

Paciente de estado civil soltero, paciente refiere: “en casa no me quieren porque no me hacen caso”

2.1.11.9 Patrón IX: Sexualidad – Reproducción

Paciente refiere haber comenzado primera relación sexual a los 16 años, informa haber tenido tres parejas sexuales.

2.1.11.10 Patrón X: Adaptación – Tolerancia al estrés

Paciente con signos y síntoma emocional ansioso y temor, paciente refiere: “no me interesa mejorar mi salud”.

2.1.11.11 Patrón XI: Valores – Creencias

Paciente refiere profesar la Fe católica, no presenta restricción religiosa, solicita visita de un Sacerdote.

2.2. Diagnósticos de Enfermería

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Nº DE ORDEN	FUNDAMENTO
<p>Depravación del sueño R/C ansiedad/inquietud E/P paciente se muestra ojerosa con tendencia al sueño y refiere “a veces no duermo porque me siento sucia”</p>	<p>1</p>	<p>La privación de sueño, ya sea por no destinar suficientes horas para dormir de forma regular o debido a problemas mentales que impiden un sueño reparador, provoca síntomas evidentes, como por ejemplo: Sensación de somnolencia durante el día.</p>
<p>Ansiedad R/C Ideas Obsesivas-Compulsiva E/P Paciente intranquilo deambula de un lado otro</p>	<p>2</p>	<p>Estos sentimientos de ansiedad interfieren con las actividades diarias, son difíciles de controlar, son desproporcionados en comparación con el peligro real y pueden durar un largo tiempo. Con el propósito de prevenir estos sentimientos, puede suceder que evites ciertos lugares o situaciones. Como tenemos el caso de las obsesiones compulsivas se encuentran ansiosos ante una actividad.</p>
<p>Gestión Ineficaz de Salud R/C fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria E/P paciente abandona tratamiento y refiere “yo no tomo mis medicinas porque son feos”</p>	<p>3</p>	<p>. En la integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad es importante que la familia de apoyo y de seguimiento al cumplimiento del régimen del tratamiento para que así la eficacia del tratamiento sea óptimo y cumpla con sus objetivos específicos de salud.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Nª DE ORDEN	FUNDAMENTO
<p>Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporal R/C Interés insuficiente E/P paciente verbaliza “no tengo mucha hambre”, talla: 1.69m, peso: 50 kilos, IMC: 17.5 kg/cm2</p>	<p>4</p>	<p>El desequilibrio nutricional en este caso es por defecto, va a afectar a las necesidades metabólicas. Esto puede ser por la incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos. En este caso es por la ansiedad del mismo</p>
<p>Deterioro de la interacción social R/C discomfort en situaciones E/P paciente refiere “no quiero que me hablen”, “no quiero estar con nadie, solo estoy mejor” “Dr. Quiero que me den un cuarto aparte acá ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar solo”,</p>	<p>5</p>	<p>El aislamiento social en personas con trastornos mentales es muy frecuente ya que siempre esas personas se sienten mejor a solas. Esto suele ocurrir en personas con carácter problemático o con incapacidad para hacer amigos por motivos tan comunes como: timidez, excesiva timidez o alguna enfermedad mental</p>
<p>Riesgo de autolesión R/C control de impulsos.</p>	<p>6</p>	<p>Las personas que intentan autolesionarse ya sea con cortes o arañazos en la piel o incluso hasta poderse lastimarse hasta que pueda sacarse sangre están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de autolesión están buscando alivio.</p>

2.3. Ejecución de intervenciones

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere:</p> <p>“A veces no duermo porque me siento sucio”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Se le observa a paciente ojeroso con tendencia la sueño.</p>	<p>2.3.1 Depravación del sueño R/C ansiedad/inquietud E/P paciente se muestra ojeroso con tendencia al sueño y refiere “a veces no duermo porque me siento sucia”</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente logrará establecer confianza con el personal de enfermería y así podrá disminuir la ansiedad.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Paciente conseguirá conciliar el sueño durante su estancia hospitalaria mediante intervenciones de enfermería.</p>	<p>1. TERAPIA DE RELAJACION (6040)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considero la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contradicciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. - Mostrar y practicar la técnica de relajación por parte del paciente. - Utilizo un tono suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. <p>2. MEJORAR EL SUEÑO (1850)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determino el patrón del sueño/vigilia del 	<p>Paciente mejoro conciliar el sueño mediante tratamiento médico e intervención de enfermería.</p>

			<p>paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. - Explico la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad. - Observo/registro el patrón y número de horas de sueño del paciente. - Ajusto el ambiente para favorecer el sueño. - Ayudo a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Fomento el aumento de horas de sueño si es necesario. - Identifico las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. - Comento al paciente y a la familia técnicas para favorecer el sueño. 	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente no refiere: “tengo las manos sucias no tiene jabón? Para lavarme”</p> <p>Datos objetivos: Paciente se le observa intranquilo, deambulando de un lado a otro.</p>	<p>2.3.2 Ansiedad R/C Ideas Obsesivas-Compulsiva E/P Paciente intranquilo deambula de un lado a otro</p>	<p>Objetivo General: Paciente lograra entablar confianza y empatía con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente disminuirá el grado de ansiedad durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>1. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizo un acercamiento tranquilo para que se sienta más seguro. - Escucho con atención al paciente. - Establezco actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. - Proporciono objetos que simbolicen seguridad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Animar a la familia a permanecer con el paciente. 	<p>Paciente logra disminuir el grado de ansiedad.</p>

			<p>2. TECNICAS DE RELAJACION (5880)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">- Mantener el contacto visual con el paciente.- Sentarse y hablar con el paciente.- Ofrecer líquidos relajantes.- Se realiza la paciente masajes en la espalda/cuello.	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente Refiere:</p> <p>“yo no tomo mis medicinas porque son feos.</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Paciente se muestra con poco interés en mejorar su salud, muestra rechazo al tratamiento médico.</p>	<p>2.3.3 Gestión Ineficaz de Salud R/C fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria E/P paciente abandona tratamiento y refiere “yo no tomo mis medicinas porque son feos”</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente mantendrá su salud en óptimas condiciones de eficacia de su salud durante su estancia hospitalaria durante 24 horas</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Paciente disminuirá ansiedad y aumentará interés por su propia salud durante el turno y aceptará el tratamiento indicado por el médico.</p>	<p>1. APOYO EMOCIONAL (5270)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizo afirmaciones empáticas o de apoyo - Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuadas. - Escucho las expresiones de sentimientos de ansiedad. - Identifico la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. <p>2. APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES (5250)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establezco comunicación con el paciente al principio de su ingreso. - Remito a grupos de 	<p>Paciente y familia muestran deseos de realizar una buena gestión en su régimen terapéutico.</p>

			<p>apoyo, según corresponda.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Servir de enlace entre el paciente y la familia. - Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales. <p>3. CONTROL DEL ESTADO DE ANIMO (5330)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administro cuestionarios auto cumplimentados (escalas del estado funcional) - Ayudo con el autocuidado. - Determino si el paciente supone un riesgo para la seguridad de si mismo y de los demás. - Vigilo el estado físico del paciente. - Ayudo al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. 	
--	--	--	--	--

			<p>4. MEJORAR EL AFRONTAMIENTO (5230) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoro la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. - Utilizo un enfoque sereno tranquilizador. - Proporciono un ambiente de aceptación. - Facilito salidas constructivas a la ira y hostilidad. <p>5. POTENCIACION DE LA AUTOCONCIENCIA (5390) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudo al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo. - Comparto observaciones o pensamientos sobre la conducta o respuesta 	
--	--	--	--	--

			<p>del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudo al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas. <p>6. POTENCIACION DE LA AUTOESTIMA (5400)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observo las afirmaciones del paciente sobre su auto valía. - Determino el locus de control del paciente. - Abstenerse de realizar críticas negativas. - Ayudo al paciente a identificar los sentimientos de culpa. - Exploro con el paciente la necesidad de control. <p>7. DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (5820)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizo un enfoque sereno que dé seguridad 	
--	--	--	---	--

			<p>(entablar interacción enfermero/paciente)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escucho atentamente. - Creo un ambiente que facilite la confianza. - Identifico los cambios en el nivel de ansiedad. <p>8. TERAPIA DE RELAJACION (6040) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considero la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contradicciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. - Mostrar y practicar la técnica de relajación por parte del paciente. - Utilizo un tono suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. 	
--	--	--	---	--

			<p>9. APOYO A LA FAMILIA (7140)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseguro a la familia que al paciente se le brinden los mejores cuidados posibles. - Valoro la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. - Determino la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. - Ayudo a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente. - Remito a psicología a familia para terapia. 	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere:</p> <p>“no tengo mucha hambre”</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Falta de interés por ingerir los alimentos diarios se le observa pálido, delgado, IMC: 17.5 kg/cm2</p>	<p>2.3.4 Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporal R/C Interés insuficiente E/P</p> <p>paciente verbaliza “no tengo mucha hambre”, talla: 1.69m, peso: 50 kilos, IMC: 17.5 kg/cm2</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente lograra tener una ganancia de peso hasta estar dentro d ellos valores normales durante su estancia hospitalaria</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Paciente lograra tener el interés de ingerir sus alimentos diarios acompañado de su suplemento de hierro mediante las intervenciones de enfermería.</p>	<p>1. MANEJO DE LA NUTRICION (1100)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determino el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. (IMC: 17.5 kg/cm2) - Determino las preferencias alimentarias del paciente. - Coordinar con el departamento de Nutrición y Dietética para una evaluación nutricional. - Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. - Determino el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios. 	<p>Paciente logra tener interés en ingerir sus alimentos diarios.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Proporciono un ambiente óptimo para el consumo de la comida. 2. AYUDA PARA GANAR PESO (1240) Actividades: - Peso al paciente a los intervalos determinados. - Observo si hay náuseas y vómitos. - Controlo el consumo diario de calorías. - Fomento el aumento de ingesta de calorías- - Asegurarse de que el paciente este sentado antes de comer y cuando este alimentándose. - Ayudo con la comida al paciente. - Servir las comidas de forma agradable y atractivo. - Recompensar al paciente por la ganancia de peso. - Registro el progreso de 	
--	--	--	---	--

			<p>ganancia de peso en una gráfica.</p> <p>3. ASESORAMIENTO NUTRICIONAL (5246)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establezco una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. - Establezco la duración de la relación de asesoramiento. - Determino la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Establezco metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. - Comento los gustos y aversiones alimentarias del paciente. - Ayudo al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas. 	
--	--	--	--	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos:</p> <p>Paciente refiere:</p> <p>“no quiero que me hablen”, “no quiero estar con nadie, solo estoy mejor” “Dr. Quiero que me den un cuarto aparte acá ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar solo”,</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento • Mutismo • Aislado 	<p>2.3.5 Deterioro de la interacción social R/C disconfort en situaciones E/P paciente refiere “no quiero que me hablen”, “no quiero estar con nadie, solo estoy mejor” “Dr. Quiero que me den un cuarto aparte acá ay puros locos no quiero estar con nadie me gusta estar solo”,</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Paciente lograra relacionarse e integrarse y colaborar con sus compañeros de terapia.</p> <p>Objetivo Específico:</p> <p>Se mantendrá al paciente integrado y participativo en el pabellón durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>1. POTENCIACION DE LA SOCIALIZACION (5100)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animo al paciente a desarrollar relaciones. - Fomento las relaciones con personas que tenga interés y objetivos comunes. - Fomento las actividades sociales. - Fomento el compartir los problemas comunes con los demás. - Fomento la sinceridad al presentarse con los demás. - Facilito la participación del paciente en grupos para contar historias. - Enfrentar al paciente con sus trastornos de juicio, cuando corresponda. - Solicitar y esperar 	<p>Paciente se mantiene todavía cohibido ante los demás hospitalizados.</p>

			<p>comunicaciones verbales.</p> <p>2. MODIFICACION DE LA CONDUCTA (4362)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animo al paciente/seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos y solucionen los problemas con los objetivos no resueltos. - Animo al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. - Ayudo al paciente a escenificar las etapas de conducta. 	
--	--	--	--	--

			<p>3. TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO (5360)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifico cualquier déficit que pueda limitar la participación en actividades recreativas. - Ayudo al paciente a identificar actividades recreativas que tengan sentido para él. - Ayudo al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. - Proporciono un equipo recreativo seguro. - Superviso las sesiones recreativas según cada caso. - Vigilo las capacidades físicas y mentales del paciente mientras participa en actividades recreativas. - Compruebo la respuesta 	
--	--	--	---	--

			<p>emocional, física y social a la actividad recreativa.</p> <p>4. APOYO A LA FAMILIA (7140) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aseguro a la familia que al paciente se le brinden los mejores cuidados posibles. - Valoro la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. - Determino la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. - Ayudo a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente. - Remito a psicología a familia para terapia 	
--	--	--	---	--

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANIFICACION	INTERVENCION	EVALUACION
<p>Datos subjetivos: Paciente no refiere</p> <p>Datos objetivos: Se le observa a paciente inquieto, deambulando de un lado a otro, ansioso.</p>	<p>2.3.6 Riesgo de autolesión R/C control de impulsos.</p>	<p>Objetivo General: Paciente mantendrá una relación interpersonal de confianza con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente disminuirá ideas delusivas durante el turno. Familia identificara posibles riesgos de autolesión en el paciente.</p>	<p>1. APOYO EMOCIONAL (5270) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizo afirmaciones empáticas o de apoyo - Apoyo el uso de mecanismos de defensas adecuadas. - Escucho las expresiones de sentimientos de ansiedad. - Identifico la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. <p>2. MANEJO DE LA CONDUCTA (4354) Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retiro los objetos peligrosos del entorno del paciente. - Anticipo situaciones desencadenantes que puedan provocar 	<p>Paciente no muestra signo de autolesión.</p>

			<p>autolesiones e intervenir para prevenirlas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Administro medicamento para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación según corresponda.- Coloco al paciente en un ambiente más protector si se intensifican los impulsos y comportamientos autoinfligidos.- Ayudo al paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.- Comunico el riesgo de autolesión a otros profesionales de la salud.	
--	--	--	--	--

			<p>3. ESTABLECER LIMITES (4380)</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indico, limite o identifico la conducta indeseable del paciente. - Comunico el límite en términos positivos. - Evito discutir o negociar las consecuencias y expectativas conductuales establecidas con el paciente. - Ayudo al paciente a mostrar conductas deseadas, cuando sea necesario y adecuado. - Observo si se producen conductas deseadas del paciente. 	
--	--	--	---	--

2.4 Evaluación de los resultados

DEPRAVACIÓN DEL SUEÑO R/C ANSIEDAD/INQUIETUD E/P PACIENTE SE MUESTRA OJEROSA CON TENDENCIA AL SUEÑO Y REFIERE “A VECES NO DUERMO PORQUE ME SIENTO SUCIA”

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente logrará establecer confianza con el personal de enfermería y así podrá disminuir la ansiedad</p> <p>Objetivo Específico: Paciente conseguirá conciliar el sueño durante su estancia hospitalaria mediante intervenciones de enfermería.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO</p>	<p>Paciente logro conciliar el sueño por las horas nocturnas mediante tratamiento e intervención de enfermería.</p>

ANSIEDAD R/C IDEAS OBSESIVAS-COMPULSIVA E/P PACIENTE INTRANQUILO DEAMBULA DE UN LADO OTRO

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente lograra entablar confianza y empatía con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente disminuirá el grado de ansiedad durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO</p>	<p>Paciente logra a disminuir su nivel de ansiedad.</p>

GESTIÓN INEFICAZ DE SALUD R/C FRACASO AL INCLUIR EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN LA VIDA DIARIA E/P PACIENTE ABANDONA TRATAMIENTO Y REFIERE “YO NO TOMO MIS MEDICINAS PORQUE SON FEOS”

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente mantendrá su salud en óptimas condiciones de eficacia de su salud durante su estancia hospitalaria durante 24 horas</p> <p>Objetivo Específico: Paciente disminuirá ansiedad y aumentará interés por su propia salud durante el turno y aceptará el tratamiento indicado por el médico.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO</p>	<p>Paciente mantiene óptimas condiciones de salud con tratamiento indicado con ayuda del personal de enfermería.</p>

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORAL R/C INTERÉS INSUFICIENTE E/P PACIENTE VERBALIZA “NO TENGO MUCHA HAMBRE”, TALLA: 1.69M, PESO: 50 KILOS, IMC: 17.5 KG/CM2

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente lograra tener una ganancia de peso hasta estar dentro d ellos valores normales durante su estancia hospitalaria</p> <p>Objetivo Específico: Paciente lograra tener el interés de ingerir sus alimentos diarios acompañado de su suplemento de hierro mediante las intervenciones de enfermería.</p>	<p>OBJETIVO EN PROCESO</p>	<p>Paciente logro a tener interés por la nutrición, e ingiere sus alimentos diarios.</p>

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL R/C DISCONFORT EN SITUACIONES E/P PACIENTE REFIERE “NO QUIERO QUE ME HABLEN”, “NO QUIERO ESTAR CON NADIE, SOLO ESTOY MEJOR”

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente lograra relacionarse e integrarse y colaborar con sus compañeros de terapia.</p> <p>Objetivo Específico: Se mantendrá al paciente integrado y participativo en el pabellón durante su estancia hospitalaria.</p>	<p>OBJETIVO EN PROCESO</p>	<p>Paciente queda en su unidad todavía aislado sin ganas de relacionarse con otros pacientes.</p>

RIESGO DE AUTOLESIÓN R/C CONTROL DE IMPULSOS.

RESULTADO ESPERADO	JUICIO CLINICO	INFORME
<p>Objetivo General: Paciente mantendrá una relación interpersonal de confianza con el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Objetivo Específico: Paciente disminuirá ideas delusivas durante el turno. Familia identificara posibles riesgos de autolesión en el paciente.</p>	<p>OBJETIVO LOGRADO</p>	<p>Paciente se mantiene en su entorno seguro, no muestra tendencia de auto lesión.</p>

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Este presente trabajo conlleva a dar una visión en el cuidado del paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Comprenden muchas áreas investigadas como; el gen, la ciencia neurológica, la psicopatología, la individualidad o tratamiento y la importancia de los cuidados en las personas que sufren alteración mental.
2. Es importante el desenvolvimiento del personal de enfermería con la especialidad en Salud Mental y Psiquiatría, y así abordar al paciente con Trastorno Obsesivo-Compulsivo es importante trabajar con la familia ya que son el apoyo fundamental del paciente con trastorno mental estos cuidados independientes del profesional de enfermería ayudan a disminuir y reinsertar al paciente a un estado holístico.
3. Se logró identificar las necesidades del paciente el sistema de valoración de 11 patrones funcionales de Maryori Gordon eje transversal para el uso de la taxonomía II NANDA NIC (intervenciones) y NOC (logro, meta resultados) lo que permitió medir los resultados en las escalas de Likert y Diana dando resultados favorables en el paciente.
4. Se debe considerar la teoría de enfermería para realizar los cuidados y brindar atención del usuario de una forma de cuidado holístico y aumento del aprendizaje y conocimiento disciplinario así siendo continuadores en término de calidad, autónomo y transparencia.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la dirección de la unidad médica a implementar programas referentes al Área de Salud Mental en el cual se puede llevar a cabo programas de Salud Mental con ayuda a la persona, familia y/o comunidad, y así realizar un diagnóstico precoz de alguna alteración mental.
2. Se recomienda a la jefatura del departamento de enfermería realizar estudios de metaanálisis y sistemáticos sobre sintomatología de las personas que sufren el diagnóstico de TOC, implementar dentro del servicio de enfermería guías o manual de manejo de personas que sufren de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, para así poder determinar nuevos enfoques y nuevas intervenciones de enfermería.
3. Se recomienda al personal de enfermería especialista en psiquiatría y salud mental que oriente sus cuidados a la metodología del proceso atención de enfermería con enfoques holísticos utilizando diagnósticos centrado en problemas y promoción de la salud y dirigidos también a intervenir a la familia.
4. Se recomienda al departamento y servicio de enfermería de la Unidad Médica de Malvinas a utilizar una teoría para los cuidados que se den de manera holística y humanísticas para así evitar la monotonía. Ya que se convierte en una necesidad de equilibrar los cuidados de los pacientes y también llevar el orden administrativo de los departamentos, así asumiendo el óptimo liderazgo. Los licenciados en enfermería tienen que poner más énfasis en liderazgo en atención y cuidado, para ello requieren de un modelo de referencia que los encamine en puntos fundamentales del mismo y sea conocimiento universal del área donde se desempeñan.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Algora M. El cuidador del paciente con trastorno obsesivo compulsivo: sobrecarga y estado de salud. Asociación Nacional De Enfermería De Salud Mental. [Internet]. [Consultado 2014 Diciembre 8]. España. Disponible en:<http://www.anesm.net/descargas/1%20El%20cuidador%20del%20enfermo%20esquizofrenicosobrecarga%20y%20estado%20de%20salud..pdf>.
- BM. Lago Garcia, PJ. Rodriguez Hernandez, JL. Morales Tuñon, I Fernandez Marquez, MT. Santamaria Ramiro, V. Mahtani Chugani, estudio descriptivo de una serie de paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo, Vol X N° 39, España, Rev. Pediatri Aten Primaria, 2016, sitio web: <http://archivos.pap.es/files/1116-848-pdf/961.pdf>
- Jeanee Interiano, Elena N. Reyes, Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Atención Primaria en Salud Mental, Vol 2 N° 2, Honduras, 2016, sitio web: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/pdf/Vol10-2-2016-7.pdf>
- Juan Antonio Mejia Vizcano, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, 5th, Washintong, Dc: American Psychiatric Association, 2015, sitio web: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/pdfindex/toc.pdf>
- Juan Felipe Ortiz Toban, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Vol. 18 N°1. Colombia, Latindex, 2016, sitio web: http://www.acnweb.org/acta/2002_18_1_51.pdf
- Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Valoración de la Sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo antes y después de un programa psicoeducativo. Actas Esp Psiquiatr

[Revista en internet] 2014 [Acceso 2014 Diciembre 24]; 36 (2): 63-69.
Disponible en: <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/50/ESP/9-50-ESP-63-69-502702.pdf>

- Personal de MAYO Clinic, Atención al Paciente con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estados Unidos (Minnesota), Foundation for Medical Education and Research, 2015 sitio web: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obsessive-compulsive-disorder/symptoms-causes/syc-20354432>
- Rafael Sales Orts, Analisis del proceso de cuidado de enfermería en una sala de psiquiatría, Valencia-España, 2015, sitio web: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2017/08/Tesis-Rafael-Sales.pdf>
- Sonia Kodysz, Trastorno Obsesivo-Compulsivo Salud Mental Breve Revisión Bibliográfica, Vol. 3, Argentina – Buenos Aires, Marylavel, 2017, sitio web : http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_obsesivo.pdf
- Susana Jimenez Murcia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de la alimentación: estudio comparativo de casos, Tesis, España, 2017, sitio web: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5453/sjm1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS



PERÚ

Ministerio
de Energía y Minas



pluspetrol

“Año de la lucha contra la
corrupción e impunidad”

Malvinas, 19 de marzo del 2019

Sr.

Julio Marcos Gerónimo López

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO ACADEMICO

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en atención al documento presentado manifestarlo que esta jefatura no tiene ningún inconveniente en aceptar y autorizar se ejecute el trabajo académico titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO”**

Sin otro particular, agradezco su especial atención me despido de usted no sin antes manifestarle mi consideración y estima personal.

Atentamente:


pluspetrol
Planta de Gas Malvinas
JORGE LUIS ALVINO GARCÍA
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 71681