



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2016/2017

Trabajo Fin de Grado

**Intervención de Enfermería en un paciente con
TOC (trastorno obsesivo compulsivo)**

Alumna: Stephany, Orihuela Echevarría

Tutor: D^a Fermina Alonso del Teso

Junio, (2017)

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCION	
2.1 Justificación.....	5
2.2 Historia.....	5
2.3 Etiología.....	7
2.4 Epidemiología.....	10
2.5 Clínica.....	11
2.6 Evolución y pronóstico.....	14
2.7 Diagnóstico.....	15
2.8 Tratamiento.....	16
A. Farmacológico.....	16
B. Terapia cognitivo-conductual (TCC).....	16
C. Tratamiento con estimulación magnética transcraneal (EMT).....	17
3. OBJETIVOS.....	17
4. MATERIAL Y MÉTODOS	18
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
6. CONCLUSIONES.....	28
7. ANEXOS.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	34

1. RESUMEN

De todos los trastornos de ansiedad, destaca el TOC por su alta capacidad estigmatizante y por la gran repercusión que crea en la vida del enfermo y su familia. Su inicio, a una edad temprana, sintomatología heterogénea, y la no comprensión por parte de la sociedad, hacen que sea una situación de gran impacto para el enfermo.

Además, debido al desconocimiento de su etiopatogenia; el tratamiento, es un gran desafío para los profesionales y sobre todo para el propio paciente.

El objetivo del presente trabajo es revisar en la literatura científica si existen actuaciones por parte del personal de Enfermería que mejoren el pronóstico de este trastorno.

El método utilizado fue la revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Medline, Scielo, Google académico de documentos científicos, obteniendo un total de 41 referencias bibliográficas.

Los resultados obtenidos se basan en el conjunto de intervenciones que el personal sanitario perteneciente a la Enfermería aplica al paciente con TOC, así como las intervenciones proporcionadas a sus familiares.

Como conclusiones se puede afirmar que una correcta actuación sobre el paciente mejora considerablemente el curso y el pronóstico del TOC. Por tanto, el personal de Enfermería debe conocer una serie de actividades (conocimientos de la patología psiquiátrica y de su medicación, sintomatología y objetivos a cumplir) para un manejo adecuado de la enfermedad.

Palabras clave: TOC, obsesiones, compulsiones, Intervención de enfermería.

ABSTRACT:

Of all anxiety disorders, OCD stands out because of its high stigmatizing capacity and the great impact it creates in the life of the patient and his family. Its onset, at an early age, heterogeneous symptomatology, and non-understanding by society, make it a situation of great impact for the patient.

The objective of the present study is to review in the scientific literature if there are actions by the nursing staff that improve the prognosis of this disorder.

The method used was the systematic review in the databases Pubmed, Medline, Scielo, Google academic of scientific documents, obtaining a total of 41 bibliographical references.

The results obtained are based on the set of interventions that the nursing personnel pertaining to Nursing apply to the patient with OCD, as well as the interventions provided to their relatives.

As conclusions one can affirm that a correct performance on the patient considerably improves the course and prognosis of OCD. Nursing staff should therefore be aware of a range of activities (knowledge of the psychiatric pathology and its medication, symptomatology and objectives to be followed) for adequate management of the disease.

Key words: OCD, obsessions, compulsions, Nursing intervention.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Justificación

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico muy frecuente a nivel mundial. Los pacientes que lo padecen generan una dependencia en sus necesidades de la vida diaria así como una gran incapacidad.¹

Las personas con TOC tienen ciertos pensamientos repetitivos de manera involuntaria y presenta rutinas o rituales de manera continuada. Estas obsesiones y compulsiones, causan gran angustia y sufrimiento en la persona, puesto que la persona no puede controlar sus síntomas a pesar de ser consciente de ellos.

He elegido este tema, porque es un trastorno difícil de entender y afecta de manera silenciosa, las personas que lo padecen pueden estar años, incluso más de una década, sin el diagnóstico y tratamiento adecuado, debido a que al principio no solicitan ayuda profesional.

Por otra parte decidí realizar este trabajo, para aportar unos conocimientos al personal de enfermería, sobre las pautas de actuación a personas con TOC, con el objeto de facilitar los cuidados y por consiguiente una mejor calidad de vida.

2.2 Historia del TOC

El término “neurosis obsesiva”, concepto clásico de la psicopatología del siglo XX, fue sustituido paulatinamente, a partir de los años 70, por el de “trastorno obsesivo-compulsivo” (TOC), implican un intento de mostrar una evolución histórica lineal y progresiva hacia un mejor conocimiento de la ciencia mental.²

El TOC en la Edad Media era considerado como obsesión demoníaca, y tratado, con exorcismos o torturas, incluyendo la hoguera.³

En 1838 Esquirol, sita al TOC dentro de las locuras parciales o

monomanías (preocupación o afición desmedida y obsesiva por algo). Posteriormente en 1866 Morel, lo catalogó como neurosis de origen emocional definiéndola como expresión de una lesión funcional del Sistema Nervioso Vegetativo.

En 1896 Freud, consideraba la obsesión como un tipo de psiconeurosis, o neurosis ligadas a traumas sexuales infantiles. Las ideas obsesivas estaban constituidas por autorreproches enmascarados que el sujeto adulto experimentaba tras una experiencia sexual infantil, pero la clasificación de las neurosis propuesta por Freud apenas se sostuvo un año al comprobar que los recuerdos sobre abusos sexuales en la infancia de sus pacientes no correspondían a hechos reales sino a fantasías. Freud modificó gradualmente el concepto de TOC utilizando sus ideas sobre la estructura mental, las energías mentales y los mecanismos de defensa. Para Freud (1913), los síntomas obsesivo-compulsivos son el resultado del conflicto entre los impulsos inaceptables y las defensas que el sujeto desarrolla para librarse de la ansiedad generada por los mismos

En 1903 Janet, incluye las obsesiones y las compulsiones en una entidad patológica que denomina “psicastenia” que supone un déficit en la tensión psicológica, generalmente crónico, degenerativo y heredado. Para Janet, el TOC es consecuencia de la fatiga psíquica y de la disminución de la energía mental disponible. Así, la falta de tensión psicológica hace que el sujeto pierda el control sobre sus pensamientos y da lugar a las ideas obsesivas y los actos compulsivos.

Dado el incesante interés en saber más sobre la lógica del TOC, en 1995, se formó el Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) que reunió un gran grupo de expertos de distintos países con el fin de esclarecer aún más este trastorno, El panel de expertos ha recalcado el problema de la falta de claridad respecto de cuáles serían las principales cogniciones o creencias asociadas específicamente al TOC. ⁴

- Excesiva responsabilidad
- Sobreimportancia de los pensamientos
- Excesiva preocupación acerca de la importancia de controlar los pensamientos
- Sobrestimación del peligro
- Intolerancia a la incertidumbre
- Perfeccionismo

Los avances en neuroimágenes han permitido dotar en la actualidad de una mayor comprensión neurobiológica del TOC. Rudoy (2015) cita sobre los aspectos neurobiológicos implicados en el TOC, y destaca al menos cinco dominios que son: cambios en la neuroquímica, neuroanatomía y neuroinmunología, así como cambios en la neuroetiología y neurogenética.

2.3 Etiología

Nadie ha encontrado una causa probada para el TOC. Algunos estudios muestran que podría tener que ver con las sustancias químicas en el cerebro que llevan mensajes de una célula nerviosa a otra. Una de estas sustancias químicas, se llama serotonina, ayuda a evitar que las personas repitan las mismas conductas una y otra vez. Es posible que una persona que tiene TOC no tenga suficiente serotonina. Muchas personas que tienen TOC pueden funcionar mejor cuando toman medicamentos que aumentan la cantidad de serotonina en el cerebro. ⁵

Existen diversas teorías que explican el origen del trastorno obsesivo-compulsivo, las cuales son: ⁶

a) Teorías psicodinámicas

Describen el trastorno obsesivo-compulsivo como el resultado de un conflicto entre el “yo” y el “ello”. El Freud proponía que el “Ello”, es la estructura de la psique humana que aparece en primer lugar, se suele considerar que es "la parte animal" o "instintiva" del ser humano y el “Yo” está más enfocado hacia el exterior, nos lleva a pensar en las consecuencias prácticas de lo que hacemos y los problemas que puede generar una conducta demasiado desinhibida.

El conflicto entre los impulsos hostiles y agresivos del “ello” resultan inaceptables para el “yo”, por lo que da como resultado la aparición de la sintomatología obsesiva-compulsiva, formada sobre la base de diversos mecanismos de defensa: aislamiento, formación reactiva, regresión, represión o anulación, entre otros.

Freud reconocía que el comportamiento obsesivo-compulsivo ayudaba a los sujetos a adaptarse ya que, cualquiera que sea la imagen o acto compulsivo y por muy desagradable e inoportuna que sea la forma de manifestarse, es mucho menos estresante que la idea o el conflicto que solapan.

b) Teorías cognitivo-conductuales

Las obsesiones y compulsiones son respuestas condicionadas aprendidas para disminuir la ansiedad.

Cualquier idea considerada inaceptable origina ansiedad y ésta, a su vez, disminuye la capacidad para reducir la idea obsesiva, por lo que el sujeto aumenta su ansiedad, indefensión y vulnerabilidad a futuros pensamientos intrusivos.

Los rituales, compulsiones y actos sin sentido son un intento de neutralizar el malestar producido por las ideas obsesivas y reducir así la ansiedad. Si en un momento determinado del pasado el comportamiento

servió a la persona para controlar la ansiedad, pondrá de nuevo en práctica dicha conducta y a su vez la reducción de la ansiedad que se logra por medio de la ejecución del ritual mantiene la conducta compulsiva.

c) Teorías neurobiológicas

Numerosos estudios comunican resultados que apoyan la participación de factores biológicos en la génesis del trastorno obsesivo-compulsivo.

Estudios genético-hereditarios

En los estudios realizados de gemelos se ha observado una concordancia elevada en gemelos monozigóticos respecto a los dizigóticos. Se describen antecedentes de patología obsesiva en mayor proporción en parientes de primer grado que en grupos control.

Se observa una asociación entre trastorno obsesivo-compulsivo y diversos trastornos como la enfermedad de Gilles de la Tourette o los tics crónicos.

Estudios neurológicos (estructurales funcionales)

Existen numerosas observaciones de la presencia de alteraciones, fisiopatológicas y neurológicas, de los ganglios basales, corteza orbitofrontal y sistema límbico, que conectan dichas alteraciones con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Se evidencia tanto por estudios funcionales como por iconografía estructural y funcional.

Estudios neuroquímicos

Postulan un fallo en la regulación de la serotonina, un déficit en la neurotransmisión serotoninérgica, que influye en la conducta obsesiva y ritualista de los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.

El apoyo a esta teoría proviene, sobre todo, de los resultados positivos obtenidos con los fármacos serotoninérgicos, presentaban disfunciones en las regiones cerebrales moduladas por neuronas serotoninérgicas, particularmente en la corteza.

2.4 Epidemiología

Edad de inicio: Suele comenzar durante la adolescencia o al principio de la edad adulta, aunque también puede iniciarse en etapas más precoces, durante la infancia. Un comienzo tardío, a partir de los 35-40 años debe hacer pensar en un problema neurológico subyacente (p ej. tumores o quistes cerebrales) o depresión. En los varones suele tener un inicio a edad más temprana (6-15 años de edad) que en las mujeres (20-25 años de edad).

Frecuencia: Hasta hace poco tiempo se pensaba que el TOC era una patología poco común debido a que muchas personas que padecen este trastorno tienden a esconder los síntomas y no buscan ayuda médica, por lo que una gran parte de los casos no son diagnosticados. Estudios epidemiológicos recientes indican que es una afección frecuente. La prevalencia del TOC en la población general se aproxima al 3%. Se calcula que en el mundo más de 100 millones de personas sufren este trastorno, más que el número de pacientes a los que se les ha diagnosticado anorexia, esquizofrenia o trastorno bipolar.

Distribución por sexos: No hay diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a frecuencia, aunque algunos autores sugieren un ligero predominio femenino. Sin embargo, en las compulsiones de limpieza predominan las mujeres, mientras que en las de comprobación lo hacen los hombres. La lentitud compulsiva también es más frecuente en varones.

En niños y adolescentes tampoco hay diferencias sexuales en la frecuencia del TOC.⁷

2.5 Clínica

Características de una persona con TOC:^{8,9}

- Tiene pensamientos o imágenes repetidas sobre muchas cosas diferentes, como miedo a gérmenes, la suciedad; violencia, herir a seres queridos; actos sexuales; conflictos con creencias religiosas; o higiene personal excesiva.
- Realiza los mismos rituales una y otra vez tales como lavarse las manos, abrir y cerrar puertas, contar, guardar artículos innecesarios, o repetir los mismos pasos una y otra vez.
- Pasa por lo menos una hora al día con estos pensamientos o rituales, los cuales causan angustia e interfieren con sus vidas cotidianas
- No es capaz de controlar sus pensamientos o comportamientos, incluso cuando entiende que son excesivos.
- No obtiene placer de realizar un comportamiento o ritual, más allá de un breve alivio de la ansiedad, tal vez.
- Tiene grandes problemas en la vida diaria debido a estos pensamientos o rituales.

Las personas con TOC también pueden tener un trastorno de tic, como:

- Parpadeo de los ojos
- Muecas faciales
- Encoger los hombros
- Sacudir la cabeza
- Aclarar la garganta, hacer ruidos de inhalación, o gruñidos repetidamente

Los temas con las obsesiones y compulsiones más frecuentes son; ¹⁰

a) Contaminación:

Las obsesiones de contaminación usualmente se caracterizan por miedo a la suciedad, a los gérmenes, a las toxinas, a los peligros ambientales, a las secreciones y desechos corporales. Los pacientes típicamente tienen temor de contagiar o contraer una enfermedad o sentirse sucios. El contenido de la contaminación y las consecuencias temidas comúnmente varían con el tiempo, por ejemplo el miedo a un cáncer puede ser reemplazado por el temor a sufrir una enfermedad de transmisión sexual. Los pacientes con obsesiones de contaminación se preocupan de causar daño a otros o que éstos se enfermen más que ellos mismos; dicha característica diferencia del miedo a la contaminación visto en las fobias. El lavado es la compulsión más asociada a la obsesión de contaminación. Esta conducta típicamente ocurre después del contacto o de la proximidad con el objeto temido. Algunos pacientes repetitivamente se bañan en la ducha hasta que se “sienten bien” o deben bañar su brazo derecho y/o su brazo izquierdo el mismo número de veces. En ocasiones se producen lesiones

eccematosas por el lavado compulsivo.

b) Duda patológica

Estos pacientes están plagados por preocupaciones, por ejemplo, van a ser responsables de un horrible evento como resultado de su descuido. Se muestran temerosos a generar un incendio por un olvido al apagar la estufa antes de dejar su casa. La duda excesiva y sentimientos asociados con una gran responsabilidad comúnmente conducen a rituales de confirmación. Pueden requerir varias horas en revisar su hogar antes de dejarlo. La duda patológica también puede conducir a conductas evitativas, por ejemplo no abandonar su casa para evitar los rituales de confirmación. Estos sujetos también pueden comprometer a un familiar en sus rituales con el fin de disminuir el tiempo empleado para éstos.

c) Necesidad de simetría

Este término involucra a la preocupación exagerada de estos pacientes de arreglar u ordenar las cosas “perfectamente”, realizar ciertas actividades motoras en una secuencia exacta, en forma simétrica o balanceada.

d) Obsesiones somáticas

Se define como el miedo persistente e irracional a desarrollar una enfermedad que amenace contra su vida, este tipo de síntomas pueden ser vistos en varios trastornos diferentes al TOC, como en la hipocondriasis, depresión mayor y trastorno de pánico. Los temores más frecuentes consisten en miedo a contraer un cáncer, una enfermedad venérea y Sida. Las compulsiones son de confirmación y reconfirmación

de la parte del cuerpo involucrada. Las obsesiones somáticas se distinguen del trastorno por somatización ya que los que padecen del TOC típicamente se centran en una enfermedad y no en síntomas somáticos diversos y aparentemente no relacionados.

e) Obsesiones agresivas y sexuales

Estos individuos presentan miedos excesivos de realizar un daño a otros o cometer un acto sexual inaceptable. Muchos se muestran horrorizados por sus obsesiones y no las comentan a los demás por vergüenza. Otros desarrollan rituales de confesión, se pueden autoreportar a la policía o a los sacerdotes confesándose repetitivamente.

2.6 Evolución y pronóstico

El comienzo del trastorno suele ser gradual, si bien se han observado casos de inicio agudo. Menos del 20% de los trastornos de este tipo tienen curación tras el tratamiento farmacológico. La mayoría de los casos presentan mejoría moderada pero se convierten en enfermos crónicos aunque con altibajos, con exacerbaciones de los síntomas en relación con acontecimientos estresantes. Un 15% de los pacientes presenta un deterioro intenso y progresivo del funcionamiento psíquico con grave perturbación en los vínculos sociales y laborales. Aproximadamente un 5% sigue un curso episódico, con síntomas mínimos o ausentes en los periodos intercríticos.

Factores de buen pronóstico del TOC:

- Síntomas leves o atípicos.
- Menor duración de los síntomas previos a la primera consulta.
- Buen ajuste socio familiar
- Buena personalidad pre mórbida

- Ausencia de compulsiones
- Que la personalidad previa del paciente fuese sana.
- Que los síntomas se inicien tras una situación desencadenante, como el fallecimiento de alguien cercano.
- Que se inicie el tratamiento del TOC de forma precoz, poco tiempo después de la aparición de la clínica.

Factores de mal pronóstico en el TOC

- Inicio a edad temprana
- Presencia de depresión.
- Que exista una personalidad previa obsesiva, es decir, personas que anteriormente ya eran meticulosas, perfeccionistas, amantes del orden, pero sin tener todavía obsesiones y compulsiones claras.
- Que haya habido alteraciones neuróticas en la infancia, así como una educación muy rígida.
- Que el tratamiento del TOC se haya instaurado tardíamente.
- Que la presentación haya sido siempre de forma progresiva en vez de manifestarse con los periodos de mejoría y empeoramiento descritos anteriormente.
- Que en algún momento la clínica sea tan grave que necesite hospitalización. ¹¹

2.7 Diagnóstico

Se realiza a través de una evaluación psiquiátrica, mediante entrevista clínica, prestando especial atención a los antecedentes familiares de TOC. Para descartar el origen orgánico del problema se solicita un TAC cerebral y un EEG. Para establecer la gravedad del cuadro, junto con la

entrevista se utiliza la Escala de Trastorno Obsesivo-Compulsivo Yale-Brown. Esta consta de una relación de 64 ítems, cada ítem se evalúa de 0 a 4 puntos, siendo 0 la ausencia de síntomas y 4 los más graves, la puntuación total de la entrevista está entre 0 y 40 y se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. Además, esta escala permite hallar el Subtotal de la severidad de las obsesiones (suma de los ítems de 1 a 5) y el Subtotal de la severidad de las compulsiones (suma de los ítems del 6 al 10). En general, puntuaciones iguales o mayores a 25 se consideran propias de personas con trastorno obsesivo compulsivo, frente a una puntuación menor a 8 típica de las personas sin dicho trastorno. ¹² (Ver Anexo 1)

2.8 Tratamiento

La mayoría de pacientes que padecen esta enfermedad requieren tratamiento farmacológico, psicosocial o ambos por largo tiempo.

a) Tratamiento farmacológico:

Durante un largo período, de los años 60 a los 90, el fármaco usado ha sido la clomipramina (Anafranil), un antidepresivo tricíclico al que tradicionalmente se relacionó su eficacia con la reducción de la sintomatología depresiva. Al finalizar la década de los 80 aparecen un conjunto de nuevos fármacos, los inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS), que han supuesto un paso importante en el tratamiento farmacológico de este trastorno. ¹³

b) Terapia cognitiva conductual (TCC)

Consiste en la exposición a lo que se teme (pensamiento o realidad) con la prohibición de realizar conductas de evitación, en este caso rituales

neutralizadores, de forma que el paciente se arriesgue a sentir la ansiedad. La aceptación de la ansiedad que se siente es un proceso que ayuda en el tratamiento. ¹⁴

La terapia de exposición y prevención de respuesta (EPR), es el componente esencial de la TCC para el TOC. ¹⁵

c) Tratamiento con estimulación magnética transcraneal (EMT)

La EMT se está estudiando como un tratamiento potencial para el TOC. Es una técnica neurofisiológica nueva que permite inducir una corriente eléctrica en el interior del cerebro mediante un campo magnético que atraviesa el cuero cabelludo y el cráneo sin causar dolor. Debido a esto no se requiere anestesia alguna. Existen dos tipos de aplicación: EMT simple y EMT repetitiva (EMTr). La primera hace referencia a la aplicación de estímulos únicos. La EMTr es la aplicación de estímulos repetidos con regularidad a una misma zona de la corteza cerebral.

La EMT es segura y no tiene efectos colaterales la mayoría de las veces. No obstante, los más frecuentes son la presencia de cefalea o dolor en el cuello, leves en intensidad y ceden fácilmente con Aspirina o acetaminofén. Las contraindicaciones absolutas incluyen a las personas que tengan algún objeto metálico en la cabeza, con excepción de las prótesis dentales. En personas con antecedentes personales o familiares de epilepsia debe guardarse especial precaución, debido al riesgo de convulsiones. ¹⁶

3. OBJETIVOS

Generales:

- Realizar una revisión bibliográfica para conocer qué es el TOC y qué actuaciones de Enfermería se deben llevar a cabo ante un paciente con TOC.

Específicos:

- Definir qué es el TOC, y los posibles tratamientos que puedan favorecer el proceso del trastorno.
- Ofrecer un marco para guiar la evaluación e intervención, al profesional de enfermería para la atención integral a los pacientes con TOC.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La pregunta PICO (paciente, intervención, comparación y resultados) que se estructuró fue la siguiente *¿Qué actuaciones de enfermería hay para un paciente con trastorno obsesivo compulsivo?*

En la búsqueda de los artículos se utilizaron los descriptores: trastorno obsesivo compulsivo, actividades de enfermería, terapia y ansiedad combinándolos con los descriptores booleano AND y OR, encontrando varios artículos.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre las actuaciones que existen por parte de Enfermería para los pacientes con TOC, así como datos epidemiológicos y posibles tratamientos. Se seleccionaron todos los datos utilizados se han obtenido mediante el acceso, vía Internet, en las siguientes bases de datos:

- ScIELO (Scientific electronic library online)

- Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud).
- MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU)
- Google Académico

También se escogieron tanto artículos de revistas, como publicaciones de Universidades, Tesis Doctorales y Guías.

Los criterios de inclusión fueron: selección de datos científicos tanto en español como en inglés desde Enero a Mayo. Se utilizó material seleccionado en Internet así como libros de texto. Se utilizaron un total de 41 documentos. Se descartó la documentación que no estuviese relacionada directamente con el tema del trabajo. Se realizó una lectura crítica de los mismos para finalmente desarrollar unas conclusiones.

5. RESULTADOS Y DISCUSION

Las enfermeras desempeñan un papel clave y cada vez más importante para afrontar las nuevas necesidades y demandas de los ciudadanos en relación con la salud mental.

La complejidad de este trastorno requiere que el personal de enfermería, esté capacitado por su formación para prestar los cuidados específicos al paciente y familia.

Los patrones de enfermería mas alterados en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo son: percepción-manejo de la salud, nutricional-metabólico, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, rol relaciones y adaptación tolerancia al estrés.¹⁷

a) Percepción/mantenimiento de la salud:

Recoge la percepción que la persona tiene sobre su estado de salud y las influencias sobre su estado para mantenerlo.

Las personas con TOC pueden estar conscientes de que sus pensamientos y sus comportamientos no tienen sentido y desean evitarlos o detenerlos. Sin embargo, a menudo no pueden anular los pensamientos o compulsiones.¹⁸

Actividades de enfermería:

- Implicación de la familia y necesidades de recursos y apoyos.
- Beneficios versus inconvenientes del tratamiento.
- No debe discutirse sobre lo absurdo de su comportamiento
- Hacer saber al paciente que se conoce su comportamiento ("he notado que se ha lavado tres veces las manos"), ayudándole a explorar los sentimientos asociados con dicho comportamiento (¿en qué piensa usted mientras lo realiza?).

b) Nutricional/metabólico

El funcionamiento de este patrón se describe por la ingesta de alimentos. Incluye tanto los hábitos de comida y el consumo de vitaminas y suplementos. También, incluye los problemas de la conducta alimentaria.

TOC y los Trastornos de conducta alimentaria (TCA):

Ambos trastornos tienen aspectos en común: ambos tienen una elevada comorbilidad (es decir, a menudo se acompañan de otros trastornos), conllevan características de personalidad (sobre todo, las pacientes con anorexia y los TOC) como rigidez, perfeccionismo y constricción

emocional, comparten una amplia gama de síntomas caracterizados por pensamientos intrusos, impulsos y rituales de conductas, y, en el aspecto biológico, ambos tienen un funcionamiento anormal del neurotransmisor serotonina.¹⁹

Un estudio realizado en el Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social, obtiene que el porcentaje de aparición de obsesiones y compulsiones a lo largo de la vida de los sujetos con anorexia nerviosa, se sitúa en torno al 68%, con predominio de obsesiones-compulsiones relacionadas con la simetría y el orden.²⁰

Actividades de enfermería:

- Enseñanza y educación sobre nutrición.
- Valorar si la comida es una respuesta a una situación de ansiedad.
- Cómo percibe su imagen corporal, explorar sentimientos, aspiraciones respecto a su cuerpo.
- Pactar dietas adaptadas, vigilar la existencia sobre el control de peso.
- Recomendar la realización de ejercicios de relajación previa a comidas.
- Mantener los horarios establecidos para las comidas.
- Garantizar el aporte nutricional suficiente.
- Apoyar todas las mejoras obtenidas en sus hábitos alimentarios.

c) Sueño/descanso

El insomnio, quejas de no haber descansado durante la noche. Interfieren con el sueño las preocupaciones por los hechos ocurridos

durante el día pueden dar lugar a pensamientos obsesivos que dan vueltas constantemente a los mismos temas, etc.

La serotonina parece desempeñar un importante papel en la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y se encuentra, además, claramente implicada en la generación del ciclo NREM-REM, es razonable encontrar alteraciones en los parámetros de sueño en pacientes diagnosticados de TOC. Sin embargo, se han realizado hasta ahora muy pocos estudios que hayan evaluado detalladamente los patrones.²¹

Actividades de enfermería:

- Identificar aquellas posibles causas del trastorno de sueño que puedan ser modificadas (hábitos, situaciones ambientales, estrés, etc.).
- Asesorar sobre los beneficios de la aplicación de normas higiénicas del sueño.
- Ayudarle a encontrar métodos alternativos para controlar o disminuir la ansiedad.

d) Cognitivo/perceptivo

Este patrón recoge las capacidades sensoriales y cognitivas de la persona. En el trastorno obsesivo-compulsivo, afecta cinco áreas principales:

- Emocional: La forma en que respondemos sentimentalmente al medio externo.
- Del Comportamiento: La forma en que respondemos a los estímulos provenientes del mundo circundante.

- Cognitiva: La forma en que pensamos e interpretamos los estímulos.
- Perceptiva: La forma en que percibimos.
- Motora: La manera en que nuestros músculos expresan el mensaje del cuerpo y la mente.²²

Actividades de enfermería:

- Realizar educación para la salud en aquello en lo que el paciente tenga carencias, tanto de forma grupal como individual. Cuanto mayor sea su conocimiento sobre su patología, mayor será su contribución para mejorar.
- Ayudar en crisis de ansiedad, a identificar y tratar la causa, habitualmente mejorará si disminuye la ansiedad.

e) Rol/relaciones:

Las personas con TOC comúnmente se sienten aislados, están conscientes de su conducta diferente y que podría parecerle “extraña” a los demás. Preocuparse por lo que los demás puedan ó no percibir como "normal"ó “imperceptible” actuará como una primera barrera en cualquier tipo de relación social.

Trastorno obsesivo compulsivo relacional (TOCR):

Es un tipo de TOC en donde el paciente experimenta pensamientos intrusos desagradables sobre *la verdadera* naturaleza de amor hacia su pareja. Las personas con TOCR por lo general se encuentra sumamente perturbado por causar dolor y dañar a su pareja, a veces hasta el punto de estar arruinando la vida de su pareja al estar con

ella a pesar de sus dudas. Este miedo causa sufrimiento emocional similar al de las obsesiones de daño o violentas.²³

Una presentación común de TOCR implica la preocupación discapacitante y dudas que se centran en los defectos de la pareja (obsesiones centradas en la pareja).²⁴

Actividades de enfermería:

- La psico-educación ayuda al paciente a darle un nombre, a clarificar qué es lo que le está pasando y entender cómo funciona el TOC y de cómo afecta en su vida cotidiana obstaculizando tener una relación saludable con su pareja
- Promover aquellas actividades ocupacionales o de tiempo libre que sean activas y en las que se interactúe con otras personas.
- Identificar de qué forma sus pensamientos sobre su relación se encuentran distorsionados.

f) Adaptación/tolerancia al estrés

Hace referencia a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés de la vida diaria.

El TOC puede volver la vida dos a tres veces más difícil de lo normal y sus síntomas pueden variar de leves a severos. El comportamiento compulsivo o sus rituales pueden tardar varias horas del día. Para algunos la condición es tan incapacitante que no pueden trabajar, estudiar, tener una vida social o incluso salir de la casa. Lo que puede ser una tarea simple como escribir una carta o usar el ordenador puede tomar el doble de tiempo que para el resto de las personas.²⁵

Actividades de enfermería:

- Favorecer la adquisición de habilidades para adaptarse a situaciones estresantes.
- Aumentar los conocimientos sobre los mecanismos generadores de estrés y conductas desadaptadas.
- Favorecer el contacto con los demás y las relaciones de apoyo.
- Ayudar en la toma de decisiones si es posible en ese momento y en caso contrario a posponer las decisiones para cuando haya menos ansiedad. Es recomendable esperar a decidir cuando se reúnan las condiciones adecuadas.
- Encontrar métodos adaptados para afrontar esas situaciones.
- Incrementar las relaciones interpersonales que puedan garantizar un apoyo en situaciones estresantes.

El primer paso para un adecuado tratamiento del TOC es la psicoeducación del paciente y la familia. Además, existen dos estrategias terapéuticas complementarias, la psicoterapia y los psicofármacos.²⁶

Los fármacos utilizados en el TOC son los Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (ISRS), fundamentalmente fluoxetina, y, en menor medida por sus efectos secundarios, la clomipramina. El efecto del tratamiento suele aparecer a las 8-12 semanas^{27, 28}. A pesar de haberse demostrado una mejoría sintomatológica del 20-40% con el tratamiento farmacológico en los síntomas, en el 40-60% de los pacientes, la misma es limitada, pudiendo haber recaídas al interrumpir el tratamiento.²⁹

En lo referente a la psicoterapia, los abordajes psicoanalistas o psicodinámicos han conseguido mejorías mínimas y poco duraderas. En cambio, la terapia cognitivaconductual basada en la exposición y prevención de respuesta (EPR), ha demostrado su eficacia ³⁰, con resultados, a diferencia de los psicofármacos, duraderos tras la finalización del tratamiento, observados en estudios de seguimiento de hasta 3 años.

Foa y Goldstein, en una de las primeras experiencias publicadas, ³¹ utilizaron la EPR en 21 pacientes, obteniendo una mejoría del 57% en las obsesiones y del 86% en las compulsiones. Destacaron que según avanzaba el tratamiento disminuía la ansiedad y el paciente mejoraba su capacidad para evitar las compulsiones. En estudios recientes se ha observado una mejoría mayor en los síntomas del TOC con la combinación de ERP y fármacos. ³²

En cuanto al manejo e intervención de pacientes con TOC, se hace imprescindible el trabajo coordinado de todo el equipo multidisciplinar, (dentro del cual se incluye la enfermera) mediante un abordaje biopsicosocial del paciente para lograr la consecución de los objetivos planteados. ³³

Bizier (1992) considera que la enfermera está habitualmente en contacto con personas que tienen necesidad de ayuda, por eso es importante que establezca relaciones de calidad, de tal manera que permita al paciente expresarse abiertamente sin tener miedo a ser juzgado ni rechazado. Se debe velar para aplicar siempre este principio con la preocupación constante de prodigar los cuidados con carácter humano.³⁴ Esto implica una mirada cuidadosa para establecer una relación interpersonal, individualizada y fundamentada en una actitud de apertura al diálogo.

Por otra parte, se considera fundamental fomentar y facilitar la cooperación y coordinación con las enfermeras de Atención Primaria (AP) ya que están más cerca de la población y por tanto de sus necesidades. Para facilitar esta coordinación las enfermeras de AP están participando en actividades formativas y clínicas conjuntamente con las enfermeras de salud mental. Desde el año 2005 se han realizado 36 sesiones clínicas de cuidados, que aumentan la autonomía profesional de las enfermeras y mejoran la coordinación y el trabajo en equipo, para dar respuesta de manera eficaz y efectiva a las expectativas de los pacientes y sus familiares.³⁵

Son varios los especialistas que consideran importante una adecuada psicoeducación sobre el trastorno y su tratamiento a los pacientes y su familia^{36,37}. Los resultados de un estudio sugieren que las intervenciones basadas en la familia dirigidas a reducir tales respuestas y/o incluir miembros de la familia en el ERP como entrenadores o co-terapeutas pueden mejorar la respuesta de los pacientes al tratamiento. Sobre la base de la teoría actual y la investigación, las sugerencias para la investigación futura y recomendaciones generales para la participación de los miembros de la familia en el tratamiento se hacen.³⁸

La importancia de tener una perspectiva familiar en cuidados enfermeros está reconocida desde hace tiempo³⁹. Además el objetivo primero de la enfermera según algunos autores⁴⁰ es promocionar la salud de los individuos y las familias y desarrollar en ellos todo el potencial que tengan para mejorar su salud.

Con los nuevos avances de a la psicocirugía, que tiene como objetivo disminuir la sintomatología obsesiva y compulsiva. Una de las ventajas fundamentales de este procedimiento es que no hay deterioro de las

funciones cognitivas, como se observó en los primeros años que se realizaba este procedimiento psicoquirúrgico, dadas las condiciones en los avances tecnológicos. ⁴¹

6. CONCLUSIONES

- El TOC es un trastorno muy incapacitante llegando a alterar la vida de quien lo padece, por eso es importante el diagnóstico precoz para un adecuado seguimiento y posterior tratamiento.
- El primer paso para el tratamiento del TOC es la psicoeducación del paciente y familia
- Las intervenciones de enfermería propuestas para su tratamiento han resultado eficaces combinadas con terapia cognitivo-conductual de exposición y prevención de respuesta y la administración de inhibidores selectivos de serotonina.
- En pacientes con TOC resistente a las terapias convencionales se dispone de un nuevo tratamiento, la psicocirugía

7. ANEXOS:

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SI	NO	SI	NO
OBSESIONES AGRESIVAS:				
- Miedo a poder hacerse daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a poder hacer daño a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Imágenes violentas o terribles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a hacer algo embarazoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a robar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE CONTAMINACIÓN:				
- Preocupaciones o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por la suciedad o los gérmenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación por los animales (insectos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por sustancias o residuos viscosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupación por poder enfermarse por contagio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Preocupado por poder contagiar a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES SEXUALES:				
- Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos acerca de niños o incesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Contenidos sobre homosexualidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES DE ACUMUCIÓN/AHORRO:				
(Distinguir de hobbies y de lo relacionado con objetos de valor sentimental o monetario)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Describir.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OBSESIONES RELIGIOSAS (ESCRUPULOSIDAD):				
- Preocupación por sacrilegio y blasfemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SI	NO	SI	NO
OBSESIÓN CON LA NECESIDAD DE SIMETRÍA O EXACTITUD:				
- Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)	0	0	0	0
- No acompañada de pensamiento mágico	0	0	0	0
OBSESIONES – MISCELÁNEA:				
- Necesidad de saber o recordar.	0	0	0	0
- Miedo a decir ciertas cosas	0	0	0	0
- Miedo a no decir justo lo correcto	0	0	0	0
- Miedo a perder cosas	0	0	0	0
- Imágenes intrusas (no violentas)	0	0	0	0
- Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos	0	0	0	0
- Preocupación por ciertos sonidos/ruidos	0	0	0	0
- Números afortunados/desafortunados	0	0	0	0
- Colores con significado especial	0	0	0	0
- Miedos supersticiosos	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
OBSESIONES SOMÁTICAS:				
- Preocupación por enfermedades	0	0	0	0
- Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
COMPULSIONES DE LIMPIEZA/LAVADO:				
- Excesivo o ritualizado lavado de manos	0	0	0	0
- Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, aseo rutinario)	0	0	0	0
- Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados	0	0	0	0
- Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0
COMPULSIONES DE COMPROBACIÓN:				
- Comprobar cerraduras, electrodomésticos	0	0	0	0
- Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás	0	0	0	0
- Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo	0	0	0	0
- Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá	0	0	0	0
- Comprobar que no se han cometido errores	0	0	0	0
- Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas	0	0	0	0
- Otras.....	0	0	0	0

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	<u>ACTUALES</u>		<u>PASADAS</u>	
	SI	NO	SI	NO
RITUALES DE REPETICIÓN:				
- Releer o reescribir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE CONTAR:				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ORDENAR/ARREGLAR:				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES DE ALMACENAR COLECCIONAR: (Distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)				
- Describir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COMPULSIONES – MISCELÁNEA:				
- Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Excesiva realización de listas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de decir, contar o confesar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Necesidad de tocar, rozar o frotar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fija	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Medidas para prevenir herirse, herir a los demás, consecuencias terribles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta alimentaria ritualizada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Conducta supersticiosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Tricotilomania	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras conductas autodestructivas o automutilantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otras.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	0	0	0	0	0
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	0	0	0	0	0
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

INSTRUMENTO: Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE)

Identificación.....Fecha.....

	0	1	2	3	4
1.- TIEMPO OCUPADO POR PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
2.- INTERFERENCIA DEBIDA A LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
3.- DISTRÉS ASOCIADO A PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
4.- RESISTENCIA CONTRA LAS OBSESIONES	0	0	0	0	0
5.- GRADO DE CONTROL SOBRE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS	0	0	0	0	0
6.- TIEMPO EMPLEADO EN REALIZAR CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
7.- INTERFERENCIA DEBIDA A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
8.- DISTRÉS ASOCIADO A LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0
9.- RESISTENCIA CONTRA LAS COMPULSIONES	0	0	0	0	0
10.- GRADO DE CONTROL SOBRE LAS CONDUCTAS COMPULSIVAS	0	0	0	0	0

TOTAL:

S.S.O.

S.S.C.

	0	1	2	3	4	
11.- Conocimiento de los síntomas	Excelente	Bueno	Moderado	Escaso	Nulo	<input type="text"/>
12.- Evitación	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Muy amplia	<input type="text"/>
13.- Indecisión	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	<input type="text"/>
14.- Sentido responsabilidad excesivo	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Gravísimo	<input type="text"/>
15.- Lentitud	Ninguna	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	<input type="text"/>
16.- Duda patológica	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	<input type="text"/>
17.- Gravedad global	No enfermo	Leve	Moderada	Grave	Gravísima	<input type="text"/>
18.- Mejoría global	Mucho peor	Algo peor	Sin cambio	Algo mejor	Mucho mejor	<input type="text"/>
19.- Fiabilidad	Escasa	Moderada	Buena	Excelente		<input type="text"/>

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro Luis López Carmona JIM. La implicación de la enfermera en el trastorno obsesivo compulsivo. PortalesMedicos.com. [Online].; 2015 [acceso 2017 marzo 28]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastorno-obsesivo-compulsivo-enfermeria/>.
2. Huertas R. Las obsesiones antes de Freud: historia y clínica. Centro de Ciencias Humanas y Sociales. [Online].; 2012 [acceso 2017 abril 5]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000014.pdf>.
3. Balan-Torre A. SALUD EN TABASCO Vol. 18, No. 3. Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco [Online].; 2012 [acceso 2017 marzo 17]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48725011002.pdf>.
4. Rodríguez Biglieri R. PERFIL COGNITIVO DE PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: RESULTADOS PRELIMINARES. Facultad de Psicología, anuario de investigaciones. Volumen XV. Scielo. [Online].; 2008 [acceso 2017 marzo 29]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v15/v15a03.pdf>.
5. American Academy of Family Physicians. Trastorno obsesivo compulsivo. [Online].; 2015 [acceso 2017 febrero 25]. Disponible en: <https://es.familydoctor.org/condicion/trastorno-obsesivo-compulsivo/?adfree=true>.
6. González FJL. ©Psicología Online. Consideraciones Sobre la Etiología y los Tratamientos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, (T.O.C.) [Online].; 2010 [acceso 2017 marzo 5]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2010/10/etiologia-y-los-tratamientos-del-trastorno-obsesivo-compulsivo.shtml>.

7. Andalucía AdTCd. Asociación de Trastorno Obsesivo Compulsivo de Andalucía. [Online].; 2011 [acceso 2017 marzo 15]. Disponible: <http://www.asociaciontocas.es/toc1.html>.
8. The National Institute of Mental Health (NIMH). [Online]. Cuando los pensamientos indeseados toman el control: Trastorno obsesivo compulsivo; 2010 [acceso 2017 febrero 22]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>.
9. Fred K. Berger MD, addiction and forensic psychiatrist, Scripps Memorial Hospital, La Jolla, CA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team. [Online]. Trastorno obsesivo compulsivo; 2016 [acceso 2017 febrero 18]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000929.htm>.
10. Tobón JFO. Página del Residente. [Online]. Trastorno obsesivo compulsivo; 2002 [acceso 2017 enero 24]. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/2002_18_1_51.pdf.
11. Alves SC. Webconsultas. Revista de salud y bienestar. [Online].; 2017 [acceso 2017 marzo 24]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/trastorno-obsesivo-compulsivo/pronostico-del-toc-2152>.
12. Goodman WK PLYcdIUdYyR. pendientedemigracion.ucm.es. [Online]. Universidad Complutense de Madrid técnica Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) [acceso 2017 febrero 18]. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20ANSIEDAD/TRASTORNO%20OBSESIVO-COMPULSIVO/ESCALA%20DE%20OBSESION%20COMPULSION%20DE%20YALE-BROWN/Y-BOCS_F.PDF

13. Pareja MÁV. Psicothema. Vol 13. [Online]. Tratamientos psicologicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo; 2001 [acceso 2017 abril 14]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=464>
14. Higuera DJAG. Psicoterapeutas.com. Tratamientos eficaces en el trastorno obsesivo compulsivo [Online].; 2013 [acceso 2017 marzo 13]. Disponible en: http://www.psicoterapeutas.com/trastornos/obsesivo_compulsivo/tratamiento.html.
15. Consejería de Salud de la Región de Murcia. Biblioteca Virtual Murcia Salud. [Online].; 2016 [acceso 2017 abril 16]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=21362&dsec=453#.
16. Hernán Bobadilla MD,MFMD.Revista Colombiana de Psiquiatria, V. 21, No. 4. Scielo. [Online].; 2002 [acceso 2017 febrero 13]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n4/v31n4a04.pdf>.
17. Matás López AO. bubok. Trastorno obsesivo-compulsivo: Actuaciones de enfermería [Online].; 2017 [acceso 2017 mayo 28]. Disponible en: <http://www.bubok.es/libros/248158/Trastorno-obsesivocompulsivo-Actuaciones-de-enfermeria>.
18. Scholten A APM. EBSCO Information Services. VNA of Care New England [Online].; 2015 [acceso 2017 abril 7]. Disponible en: <http://www.vnacarenewengland.org/encyclopedia/details.cfm?chunkid=11646&lang=Spanish&db=hls>.
19. RODRÍGUEZ JA. Fundación EROSKI. Retraso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo[Online].; 2010 [acceso 2017 abril 18]. Disponible en: <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2010/11/14/197027.php>.
20. Murcia SJ. Tesis Doctoral. Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de la alimentación: estudio comparativo [Online].; 2004 [acceso 2017 abril 19]. Disponible en:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5453/sjm1de1.pdf;jsessionid=A36FB62DC819FDBB46D8E7FBDB1E85C?sequence=1>.

21. Navarro, J. F., & Dávila, G. Psicopatología y sueño. II. Trastornos por ansiedad. *Psicología Conductual*, 6(1), 103-114 [Online].; 1998 [acceso 2017 abril 13]. Disponible en: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1998/art06.1.06.pdf>.
22. Kosloff LR. Psicólogos en Red. Trastorno Obsesivo Compulsivo [Online].; 2017 [acceso 2017 mayo 27]. Disponible en: http://www.psicologosenred.com/index.php?option=com_content&view=article&id=158:trastorno-obsesivo-compulsivo&catid=82&Itemid=470.
23. TocMéxico. TOC en Relaciones Interpersonales. [Online].; 2017 [acceso 2017 abril 16]. Disponible en: <http://tocmexico.com.mx/toc-en-relaciones-interpersonales/>.
24. Guy Doron OS. INFORMATION ON RELATIONSHIP OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER (ROCD). Partner-focused obsessions and self-esteem: An experimental investigation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* [Online].; 2012 [acceso 2017 abril 17]. Disponible en: <http://rocd.net/our-rocd-papers-spanish/>.
25. Wallis L. BBC. Viviendo con Trastorno Obsesivo Compulsivo [Online].; 2013 [citado 2017 abril 17]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/08/130730_salud_trastorno_obsesivo_compulsivo_toc_ch.
26. Galán AMR. EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ACTUACIÓN EN FAMILIAS DE NIÑOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Hospital de Día "Puerta de Madrid" Alcala de Henares. [Online].; 2006 [acceso 2017 mayo 20]. Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/312/302>.
27. Lewin AB, Storch EA, Adkins J, Murphy TK, Geffken GR. Current directions in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Pediatr. Ann.* 2005; 34(2):128-34. [Online].; 2005 [acceso 2017 mayo 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15768689>.

28. Douglas Tynan W. Anxiety disorder: Obsessive Compulsive Disorder. eMedicine Specialties, Pediatrics, Developmental & Behavioral. [Online].; 2005 [acceso 2017 mayo 21]. Disponible en: www.emedicine.com/ped/topic2794.htm.
29. Yagüe MP. Trastorno Obsesivo Compulsivo: Década del cerebro. [Online].; 2014 [acceso 2017 mayo 21]. Disponible en: www.paginaschile.cl/obsesivocompulsivo.htm.
30. Abramowitz J, Whiteside S, Deacon B. The Effectiveness of Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. Behavior Therapy.; 36:55-63 [Online].; 2005 [acceso 2017 mayo 22]. Disponible en: http://www.ufrgs.br/toc/images/artigos_de_interesse/ensaios_clinicos/TCC%20em%20criancas%20efetividade%20metanalise%20Abramovitz%202005.pdf
31. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. Behavior Therapy. 1978; 9:821-829. [acceso 2017 mayo 23]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789478800136>
32. The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric Obsesive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. JAMA; 292(16):1969-1976. [Online].; 2004 [acceso 2017 mayo 23]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507582>
33. Pérez RM, Martínez AMG, Cánovas SG. CASO CLÍNICO: PSICÓTICO VS TOC. [Online].; 2013 [acceso 2017 mayo 20]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/4148CE74-AC41-4AEA-BDE8-971BE809B8D7/387a8179-32b8-4720-9df8>

d882b195e495/COMUNICACION%20PSICOTICO%20VS%20TOC.pdf.

34. Rosita Daza de Caballero AMTPGIPdR. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto [Online].; 2004 [acceso 2017 mayo 18]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004.
35. Huizing E. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA [Online].; 2002 [acceso 2017 mayo 17]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v26n1/v26n1a01.pdf>.
36. March J, Frances A, Khan D et al. Expert consensus guidelines: treatment of obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1997a; 58:1.
37. Zinder LA, Swedo SE. Pediatric obsessive compulsive disorder. JAMA. 2000; 284(24):3104-3106.
38. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. Cogn Behav Ther. [Online].; 2005; 34(3):164-175 [acceso 2017 mayo 19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16195055>
39. Allen M Comparatives theories of the expanded rôle and implications for nursing practice. Nursing Papers, 1977; 2: 38-45. [acceso 2017 mayo 18]. Disponible en: <http://cjr.archive.mcgill.ca/article/download/1475/1475>
40. Gottlieb & Rowart. The Mc Gill model of nursing: A practice derived model, Advances in Nursing Science, 1987; 9 (4): 51-61. [acceso 2017 mayo 19]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3111351>
41. Óscar Meneses Lunaa FJVGMSÁMS. Psicocirugía en un paciente con trastorno obsesivo compulsivo resistente. [Online].; Vol. 14. Núm. 1. 2007 [acceso 2017 mayo 27]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-psicocirugia-un-paciente-con-trastorno-13100662>.