



Universidad
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 / 2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Programa de Educación para la Salud para familiares de personas diagnosticadas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Autora: María Cácedas Tejada

Director: Armando Colomer Simón

Índice

	Páginas
Resumen.....	3 - 4
1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	4
Introducción.....	5 - 7
Objetivos.....	7
Metodología.....	7 - 10
1. Diagrama de Gantt.....	7 - 8
2. Revisión bibliográfica.....	8 - 10
3. Diseño del trabajo.....	10
Desarrollo.....	10 - 19
1. Análisis y priorización.....	10 - 11
2. Objetivos.....	11
- Objetivo general	
- Objetivo específico	
3. Contexto social y población diana.....	11 - 12
4. Recursos.....	12 - 13
- Recursos humanos	
- Bibliografía	
- Recursos materiales	
5. Estrategias.....	13 - 14
6. Redes de apoyo.....	14
7. Desarrollo del Programa de Educación para la Salud.....	14 - 17
- Sesión 1. Introducción al Trastorno Obsesivo-Compulsivo	
- Sesión 2. Actitudes de los familiares frente al TOC	
- Sesión 3. Patrones funcionales de salud en el TOC	
8. Cronograma.....	17 - 18
9. Evaluación.....	18 - 19
Conclusiones.....	19 - 20
Bibliografía.....	21 - 25
Anexos.....	26 - 45
- Anexo 1. Factores de riesgo y comorbilidad.....	26 - 27
- Anexo 2. Teorías explicativas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	28 - 29
- Anexo 3. Diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo...	30
- Anexo 4. Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo...	31 - 32
- Anexo 5. Hoja de inscripción al Programa de Educación para la Salud.....	33
- Anexo 6. Tríptico informativo del Programa de Educación para la Salud del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	34 - 35

- Anexo 7. Cartel informativo.....	36
- Anexo 8. Encuesta inicial del Programa de Educación para la Salud del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	37
- Anexo 9. Patrones funcionales de salud en el TOC.....	38 - 41
- Anexo 10. Diagnósticos enfermeros relacionados con el cuidador.....	42
- Anexo 11. Encuesta final del Programa de Educación para la Salud del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	43
- Anexo 12. Cuestionario de evaluación del Programa de Educación para la Salud del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.....	44
- Anexo 13. Evaluación de la enfermera responsable del Programa de Educación para la Salud.....	45

Resumen

1. Resumen

Introducción: El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) según el DSM-V es un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Su prevalencia es de 3,2%, considerándose la cuarta patología psiquiátrica más frecuente. Suele desarrollarse generalmente de forma insidiosa, y a la edad media de 19,5 años. Esta enfermedad es tratada mediante antidepresivos y ansiolíticos, y normalmente combinado a su vez, con psicoterapia. Tiene una gran repercusión familiar y social.

Objetivos: Realizar una revisión de la bibliografía relacionada con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Diseñar un Programa de Educación para la Salud para familiares de personas diagnosticadas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos, libros, páginas web y guías de actuación. Posteriormente, se ha diseñado el programa.

Desarrollo: El Programa de Educación para la Salud para familiares consta de tres sesiones realizadas durante el mes de junio. Con dicho programa se pretende disminuir la frustración de los familiares al conseguir un aumento de su información, una continuidad en su rutina familiar e información sobre asociaciones.

Conclusiones: El Trastorno Obsesivo-Compulsivo tiene una gran influencia en las personas que rodean a la persona enferma, por lo que se les debe tener especial atención. La realización de un Programa de Educación para la Salud es una buena forma de apoyo psicológico y de transmisión de la información.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, epidemiología, enfermería, familia, tratamiento y terapia.

2. Abstract

Introduction: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) according to DSM-V is a psychiatric disorder characterized by the presence obsessions, compulsions or both. Its prevalence is 3,2%, being considered the fourth most frequent psychiatric pathology. It is usually developed in an insidious way and at the average age of 19,5 years old. This disease is treated with antidepressants and anxiolytics, and normally combined, at the same time, with psychotherapy. It has a great family and social impact.

Objectives: Conduct a review of the literature pertaining to Obsessive-Compulsive Disorder. Design a Health Education Program for families of people diagnosed with Obsessive-Compulsive Disorder.

Methodology: It has been carried out a bibliographic search in databases, books, web pages and action guides. Subsequently, the program has been designed.

Development: The Health Education Program for families consists of three sessions carried out during the month of June. This program aims to reduce the relatives frustration in order to get an increase in their information, continuity in family routines and information on partnerships.

Conclusions: Obsessive-Compulsive Disorder has a great influence on the people who surround the sick person, so it should have special attention. The development of a Health Education Program is a good way of psychological support and information transmission.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, epidemiology, nursing, family, treatment and therapy.

Introducción

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se clasifica según el CIE-10 en la categoría F42 y se define según el DSM-V como un trastorno psiquiátrico caracterizado por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. La persona obsesiva con frecuencia tiene conciencia de que está ante una situación enfermiza, pero no sabe delimitar dónde empieza y acaba la patología, ya que se da cuenta de la irracionalidad y complejidad de sus pensamientos, pero sigue temiendo las consecuencias, por lo que continúa realizándolos.¹⁻³

Se estima que el 66% de los casos de TOC comienzan debido a un factor desencadenante. El cuadro suele desarrollarse de forma insidiosa o también, aunque más infrequentemente, de manera aguda. Los actos relacionados con las obsesiones más frecuentes son las comprobaciones y los rituales de limpieza.^{1, 2}

Una definición muy importante históricamente del término obsesión es la propuesta por West-phal en 1877 que explica que son ideas parásitas, las cuales permaneciendo la inteligencia intacta y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan y superan al juego normal de las ideas, y son, reconocidas por la propia persona como extrañas a su propio yo. Estos pensamientos, imágenes o impulsos persisten y se repiten en algún momento durante el trastorno, siendo involuntarios e incluso no deseables y provocando en la mayoría de los casos sensación de ansiedad o malestar, por lo que el paciente intenta suprimir estas sensaciones realizando las compulsiones.^{1, 2}

Estas compulsiones son comportamientos o actos mentales que el sujeto realiza de forma rígida y repetitiva como respuesta a esa obsesión. Estas compulsiones también son realizadas para que no se produzca una situación temida y se ejecutan de manera excesiva, ya que cuando intenta luchar contra ellas y no realizar las compulsiones siente una sensación de angustia mayor.^{2, 3}

La palabra obsesión fue utilizada por primera vez por Wartburg en el año 1799, pero no fue difundida hasta 1833 y 1889 con los trabajos de Luys y Falret, respectivamente. Asimismo, el TOC no fue estudiado seriamente hasta los años 70.^{1, 4}

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo según Rudin en 1953, tenía una prevalencia de 0,05%, posteriormente en 1977 según Brunetti, ésta subió a un 1%, encontrándose actualmente con una prevalencia de 3,2% aproximadamente, y considerándose como la cuarta patología psiquiátrica más frecuente. Asimismo, según un estudio internacional, se encuentra entre las 10 primeras causas de incapacidad del mundo. También se ha observado que la prevalencia va aumentando con la edad en la infancia, mientras que en los adultos disminuye, conforme envejecen. Por ejemplo, las tasas en la infancia en EEUU van de 0,1% a 2,9% y se han encontrado hallazgos similares en la población europea, tales como, en Alemania y Reino Unido 0,6% y en Polonia 0,38%. Asimismo, se observa una prevalencia en niños españoles de 1,8%. En la población general, se observa una prevalencia entre 0,3 y 3,6%. ⁵⁻⁹

Según el estudio de Ruscio et al. en 2010, muestra que la edad media adulta de inicio es de 19,5 años. Pudiendo iniciarse también, aunque de manera menos frecuente, en la infancia, a la edad media de 11,5 años según Brynska y Wolanczyk en 2005. En adultos no existe diferencia entre sexos, mientras que en la infancia es más frecuente en niños (Doble de niños que niñas). ^{1, 4, 6}

En cuanto a la etiología, por el momento se considera desconocida, aunque se relaciona con un déficit del neurotransmisor Serotonina. Es polifactorial. (Anexo 1). Podemos encontrar una gran variedad de teorías que explican este fenómeno y diversos métodos diagnósticos. (Anexos 2 y 3). ^{1, 10}

Respecto al tratamiento, se usan fármacos antidepresivos y ansiolíticos, y normalmente, se combinan con psicoterapia. (Anexo 4). El papel de enfermería es muy importante. Se indica que se producen alrededor de un 30% de remisiones, un 25% de empeoramientos y entre el 60-70% de mejorías o curaciones según un análisis global realizado por Olivares y Vallejo. Se considera una enfermedad prolongada con períodos de síntomas graves seguidos por otros de mejora. ^{1, 11-13}

Este trastorno tiene una gran repercusión a nivel familiar y social. Con frecuencia, los padres se sienten culpables y frustrados ante dichas obsesiones y compulsiones, las cuales no consideran racionales, y además, experimentan un deterioro en sus relaciones. A su vez, la familia tiene un papel muy importante en la recuperación, un 46% participa en los rituales, lo cual tiene una repercusión negativa. ^{9, 14-18}

Para concluir, destacar la importancia de esta investigación para la población, debido a lo abandonados y desconocidos que se encuentran los Trastornos Obsesivos dentro de las patologías psiquiátricas, a pesar de su frecuencia.¹

Objetivos

- 1.** Realizar una revisión bibliográfica sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.
- 2.** Diseñar un Programa de Educación para la Salud para familiares de personas, de entre 20 y 30 años, con Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la Unidad de Salud Mental “Delicias” de Zaragoza.
- 3.** Estimular la investigación en cuidados de salud sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y las necesidades de los familiares.

Metodología

El trabajo consiste en un Programa de Educación para la Salud a familiares. Dicho trabajo consta de dos partes, la primera es la realización de una amplia revisión de bibliografía relacionada con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la segunda es el diseño del programa.

1. Diagrama de Gantt

Se elaboró un diagrama de Gantt para la planificación del trabajo.

Mes	Febrero		Marzo					Abril				Mayo			
Semana	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica															
Introducción															
Objetivos															
Metodología															
Desarrollo															
Conclusiones															
Resumen															
Bibliografía															
Repaso															
PowerPoint															

Fuente: Elaboración propia.

2. Revisión bibliográfica

La revisión de la bibliografía relacionada se realizó en las bases de datos de Cuiden, Pubmed y ScienceDirect. También se ha utilizado el buscador google académico, diversas páginas web, libros, guías de actuación y bibliografía manual proporcionada por profesionales.

Las palabras clave utilizadas, en español, han sido “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”, “familia”, “tratamiento”, “terapia cognitiva”, “terapia de aceptación y compromiso”, “escalas valoración” y “enfermería”. En inglés, se han usado, “Obsessive-compulsive disorder”, “epidemiology” y “risk factors”. Las limitaciones empleadas fueron diferentes según cada base de datos.

Dicha búsqueda bibliográfica se realizó entre los meses de febrero y marzo. Esto permite conocer lo más actualizado sobre el tema y aplicarlo.

Bases de datos	Palabras Clave	Artículos encontrados	Artículos revisados	Bibliografía utilizada
Cuiden Desde 2005 Texto completo	"Trastorno Obsesivo-Compulsivo" AND familia	1	1	14
	"Terapia cognitiva"	13	3	35
	Enfermería AND "trastorno obsesivo-compulsivo"	3	3	36 y 40
Pubmed Últimos 5 años Idioma inglés Texto completo	"Obsessive compulsive disorder" AND epidemiology	455	5	5 y 6
Science Direct Desde 2006 Idioma Inglés	"Obsessive compulsive disorder" AND epidemiology AND "risk factors"	1994	4	7 y 8
Google académico Desde 2008 Idioma español	Trastorno obsesivo-compulsivo y familia	2310	6	16, 18, 26 y 29
	Trastorno obsesivo-compulsivo y tratamiento	3010	10	25, 37 y 38
Google académico Idioma español	Terapia de aceptación y compromiso	16700	3	34 y 39
	Trastorno obsesivo-compulsivo y escalas valoración	3290	3	30

OTRAS	BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA
Páginas web	4, 10, 11, 12, 13, 15, 21 y 31
Libros	1, 2, 3, 23, 24, 27, 28, 32, 33, 41 y 42
Guías	9, 17 y 22
Bibliografía manual	19 y 20

Fuente: Elaboración propia.

3. Diseño del trabajo

Se trata de un Programa de Educación para la Salud dirigido a los familiares de población enferma de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, de entre 20 y 30 años, que pertenecen a la Unidad de Salud Mental “Delicias” de Zaragoza. Tiene la finalidad de ayudar tanto a los familiares como a las propias personas enfermas, ya que la familia tiene un papel fundamental.

Se realizarán tres sesiones en una sala de la Unidad de Salud Mental “Delicias” donde se contará con el mobiliario necesario.

En cuanto a la difusión, se realizarán carteles informativos y la enfermera especialista en Salud Mental del propio centro dará la información a aquellas personas que cumplan los requisitos del programa. Asimismo, a los participantes se les entregará un tríptico informativo.

Desarrollo

1. Análisis y priorización

Mediante una amplia revisión de la bibliografía relacionada con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, se puede observar un aumento de la prevalencia desde los primeros diagnósticos de TOC hasta nuestros días.⁵⁻⁹

En la actualidad, se considera la cuarta patología psiquiátrica más frecuente, pero una de las más desconocidas y menos estudiadas. Asimismo, el TOC se encuentra entre las diez primeras patologías más incapacitantes.⁵⁻⁹

En cuanto a lo relativo a los familiares de las personas con TOC, los sentimientos de frustración y tristeza son muy frecuentes. Esto conduce a

una disminución en sus relaciones sociales, entre otras, y con ello, una reducción de su calidad de vida. Por todo ello, se considera muy importante la ayuda a los familiares.^{9, 13-15}

Además, se han descrito patrones de funcionamiento. Las cinco respuestas más frecuentes de las familias son: Colaborar en el ritual para mantener la calma familiar; no participar, pero permitir las compulsiones; no permitir las compulsiones delante de ellos; miembros de la familia divididos, es decir, unos son permisivos y colaboradores y otros no; oscilar entre las diversas posiciones extremas intentando encontrar la opción adecuada.¹⁷

Al detectar todo esto, se decide realizar dicho Programa de Educación para la Salud dirigido a familiares.

2. Objetivos

El objetivo general de este Programa de Educación para la Salud es reducir la frustración de los familiares de personas con TOC, cuyas edades se encuentren entre los 20 y 30 años y sean pertenecientes a la Unidad de Salud Mental “Delicias” de Zaragoza.

En cuanto a los objetivos específicos:

1. Aumentar la información de los familiares sobre el TOC.
2. Estimular a las familias para continuar con una rutina familiar normal.
3. Animar a las familias a acudir a movimientos asociativos.

3. Contexto social y población diana

Nuestro lugar de actividad actualmente se encuentra dentro del Sector Zaragoza III que recoge a 305861 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI), dentro de los cuales 152904 pertenecen a hombres y 152957, a mujeres. Si nos centramos en nuestro rango de edad, un 17,32% pertenecerían a él. A este sector pertenecen 22 zonas de salud, cada una de ellas con su correspondiente centro de salud y consultorios locales necesarios para atender a toda la población.^{19, 20}

Más concretamente, nos centramos en las zonas de salud Zaragoza “Delicias Sur”, “Valdefierro”, “Miralbueno-Garrapinillos”, “Oliver”, La Almunia y Épila, que pertenecen a la Unidad de Salud Mental “Delicias” que se encuentra en la calle Escultor Palao en el barrio de Delicias de la ciudad de Zaragoza.^{19, 21}

En cuanto a la población diana, el Programa de Educación para la Salud va dirigido a familiares de personas diagnosticadas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, tanto hombres como mujeres, de entre 20 y 30 años pertenecientes a la Unidad de Salud Mental “Delicias”. Aproximadamente nos dirigiremos a ocho personas, dos familiares por paciente.

Dicho Programa de Salud va dirigido a población autóctona. Más adelante, una vez se haya visto su efectividad, no se descarta su difusión a personas extranjeras realizando una adaptación en el ámbito sociolingüístico.

4. Recursos

Recursos humanos: El Programa de Salud será impartido por una enfermera previamente documentada sobre la patología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Asimismo, se contará con la enfermera especialista de Salud Mental que trabaje en la Unidad de Salud Mental “Delicias”, para difundir el programa.

Bibliografía: Para la preparación del programa es necesario el acceso a Internet y realizar una amplia revisión en revistas científicas, libros y páginas web.

Recursos materiales: El programa se desarrollará en una sala de la Unidad de Salud Mental “Delicias”, por lo que ya se cuenta con sillas, mesas, cañón y pantalla de proyección, pizarra y tizas. Asimismo, se necesitará un ordenador con el material audiovisual necesario, bolígrafos y papel.

PRESUPUESTO	
Mobiliario	
Sillas	-
Mesas	-
Proyector	-
Pizarra	-
Ordenador portátil	-
Personal	
Enfermera (40 € x 8 horas). Incluido el tiempo pre-sesión y post-sesión.	320 €
Materiales	
Bolígrafos (0,25 € x 10 unidades)	2,50 €
Tizas	-
Fotocopias (0,05 € x 61 copias)	3,05 €
Tríptico (0,27 € x 8 copias)	2,16 €
Cartel informativo (1 € x 7 carteles)	7 €
TOTAL	334,71 €

Fuente: Elaboración propia.

5. Estrategias

Las personas que acuden a la Unidad de Salud Mental, deben haber sido derivados desde su médico de Atención Primaria o tener una petición de consulta desde cualquier otro servicio médico.²²

La enfermera especialista en Salud Mental que trabaja en la Unidad de Salud Mental “Delicias”, será la que comunique la existencia de dicho programa a todas las personas que vayan a su consulta y cumplan los requisitos previamente explicados. Esto lo realizará hasta completar la capacidad de participantes, es decir, ocho familiares. Quienes se decidan a participar tendrán que completar una hoja de inscripción y recibirán un tríptico explicativo. (Anexos 5 y 6).

Asimismo, habrá un cartel informativo en cada uno de los seis Centros de Atención Primaria que corresponden a dicha Unidad de Salud Mental y otro en la propia unidad. (Anexo 7).

El programa, será impartido por una enfermera previamente formada en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Habrá dos personas por paciente, miembros de su núcleo de pertenencia.

6. Redes de apoyo

El programa cuenta con el apoyo de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Zaragoza.

7. Desarrollo del Programa de Educación para la Salud

El Programa de Salud está dirigido a familiares de personas con TOC de entre 20 y 30 años. Constará de tres sesiones, cada una de dos horas de duración. Habrá una sesión por semana comenzando en la segunda semana del mes de junio. Todas las sesiones serán llevadas a cabo en una sala de la Unidad de Salud Mental “Delicias” y dirigidas por la enfermera encargada del programa.

Sesión 1. Introducción al Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Se comenzará con una breve presentación de la enfermera responsable y de los integrantes del programa para crear un ambiente de confianza. Seguidamente se entregará una encuesta inicial a cada uno de los participantes para identificar los conocimientos que poseen sobre dicha patología. (Anexo 8).

Una vez finalizada la encuesta, la enfermera responsable explicará, apoyándose en una presentación de PowerPoint, qué es el TOC, posibles causas y tratamiento más eficaz.

Para concluir la sesión, se entregará un folio a cada persona donde anotará las dudas que hayan surgido durante la misma y que serán resueltas en la siguiente.

CARTA DESCRIPTIVA			
Sesión 1. Introducción al trastorno obsesivo-compulsivo			
Objetivos específicos	Metodología	Duración	Recursos
Crear un ambiente de confianza	Breve presentación de la enfermera y los participantes	5 minutos	-
Valorar los conocimientos iniciales de los familiares sobre el TOC	Realización de una breve encuesta	15 minutos	Encuestas Bolígrafos Sillas con mesa
Aumentar los conocimientos de los familiares sobre el TOC	Explicación de qué es el TOC, causas y tratamiento.	1 hora y 35 minutos	Ordenador portátil Cañón de proyección Pantalla para la proyección
Conocer las dudas surgidas durante la sesión	Se anotarán en un folio las dudas que tengan	5 minutos	Folios Bolígrafos Sillas con mesa

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 2. Actitudes de los familiares frente al TOC

La segunda sesión comenzará resolviendo las dudas surgidas en la sesión anterior, que habrán sido analizadas previamente por la enfermera responsable.

En segundo lugar, los familiares se agruparán en parejas diferentes a su acompañante en la sesión. Entre ellos debatirán qué creen que se debe o no hacer, frente al TOC. Tras esto, se hará una puesta en común con todas las propuestas de cada pareja, siendo uno de cada pareja el portavoz.

Finalmente, la enfermera responsable del programa explicará qué se debe hacer, apoyándose, tanto en las propuestas de los familiares como en una presentación en PowerPoint.

CARTA DESCRIPTIVA Sesión 2. Actitudes de los familiares frente al TOC			
Objetivos específicos	Metodología	Duración	Recursos
Resolver las dudas surgidas en la primera sesión	Explicación, por parte de la enfermera, de las dudas planteadas en la sesión anterior	20 minutos	-
Conocer las diferentes actitudes que toman los familiares	Debate entre parejas de qué se debe y no hacer, con una posterior puesta en común	Debate: 15 minutos Puesta en común: 30 minutos	-
Dar a conocer lo que se debe y no hacer ante un caso de TOC	Explicación por parte de la enfermera de los comportamientos que se deben tener	55 minutos	Ordenador portátil Cañón de proyección Pantalla para la proyección

Fuente: Elaboración propia.

Sesión 3. Patrones funcionales de salud en el TOC

La tercera sesión comenzará explicando a los familiares qué son los patrones funcionales de salud. Se apoyará mediante una hoja con preguntas relacionadas con cada patrón funcional para cada familiar. La enfermera supervisará y apoyará el adecuado desarrollo de esta parte de la sesión. (Anexo 9).

Una vez recopilada toda esta información, la cual dirá cómo los familiares ven a la persona con TOC, se enunciarán los diagnósticos enfermeros relacionados con el cuidador en esta patología. Mientras tanto, se explicará el significado de cada uno de los diagnósticos enfermeros a los familiares para saber si realmente se identifican con ellos o no. (Anexo 10).

Para concluir tanto las sesiones como el propio programa, se informará de la importancia de los movimientos asociativos para que puedan dirigirse a ellos si quieren. Finalmente, volverán a realizar la encuesta inicial para ver sus nuevos conocimientos sobre el TOC y se entregará un cuestionario para

que evalúen el programa. La enfermera responsable cumplimentará un cuestionario como evaluación del propio programa. (Anexos 11, 12 y 13).

CARTA DESCRIPTIVA			
Sesión 3. Patrones funcionales de salud en el TOC			
Objetivos específicos	Metodología	Duración	Recursos
Conocer la visión de las familias sobre el TOC mediante los patrones funcionales de salud	Explicación breve de lo que son los patrones funcionales y llenar un cuestionario con preguntas sobre cada patrón	1 hora	Cuestionarios Bolígrafos Sillas con mesa
Relacionar los sentimientos de los familiares con los NANDA	Creación de diagnósticos enfermeros	30 minutos	Libro NANDA Pizarra Tizas
Estimular a los familiares a acudir a movimientos asociativos	Explicación de cómo les pueden ayudar los movimientos asociativos	15 minutos	-
Observar los conocimientos adquiridos durante el programa	Realización de una breve encuesta	10 minutos	Encuesta Bolígrafos Sillas con mesa
Conocer la satisfacción de los participantes con el programa	Cuestionario con una evaluación final	5 minutos	Cuestionario Bolígrafos Sillas con mesa

Fuente: Elaboración propia.

8. Cronograma del Programa de Educación para la Salud

Se utiliza el diagrama de Gantt para situar las diversas actividades del programa.

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio		
					11 18 25		
Recogida de información							
Preparación de las sesiones							
Captación de la población diana							
Preparación pre-sesión							
Sesión 1. Introducción al Trastorno Obsesivo-Compulsivo.							
Trabajo post-sesión y pre-sesión 2							
Sesión 2. Actitudes de los familiares ante el TOC.							
Trabajo post-sesión y pre-sesión 3							
Sesión 3. Patrones funcionales de salud en el TOC.							
Trabajo post-sesión y evaluación							

Fuente: Elaboración propia.

9. Evaluación del Programa de Educación para la Salud

Todo Programa de Educación para la Salud requiere de una evaluación, para ello utilizaremos una visión cualitativa.

En cuanto a los recursos empleados, se espera que sean los adecuados para la realización de todas las sesiones. Esto se verá registrado en la hoja de evaluación final de la enfermera responsable. Asimismo, el lugar empleado para su realización se espera que sea el idóneo ya que se contaría con mobiliario suficiente y adecuado.

Respecto a los objetivos planteados, se espera que sean conseguidos. Se espera que los familiares, mediante la información aportada por la enfermera, incrementen su nivel de conocimientos. Esto se observaría mediante la encuesta final. (Anexo 11).

Otro de los objetivos es continuar con una rutina familiar, lo cual se espera obtener mediante el debate, la puesta en común y la explicación por parte de la enfermera de lo qué se debe o no se debe hacer.

Por último, el objetivo de estimular la unión a movimientos asociativos, se obtendría mediante la información sobre dichos movimientos por parte de la enfermera.

Asimismo, si se obtienen estos objetivos, también se conseguiría el objetivo general de disminuir su frustración.

Conclusiones

Mediante la consulta de información sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo se puede ver la necesidad de información y apoyo a las familias de personas con dicha patología, debido a la gran influencia que tiene la enfermedad sobre ellos, y ellos sobre la propia persona que la padece.

Con dicho trabajo, podemos dar por conseguidos los objetivos planteados al principio, ya que se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del tema y posteriormente, se ha diseñado el Programa de Educación para la Salud para familiares de personas diagnosticadas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo, de entre 20 y 30 años pertenecientes a la Unidad de Salud Mental "Delicias" de Zaragoza.

Asimismo, la investigación en cuidados es importante, ya que podría disminuir el malestar que experimentan, al mejorar su capacidad de actuación. Además, con el Programa de Educación para la Salud planteado se espera conocer las necesidades que tienen los familiares y con ello, elaborar informaciones que les puedan ayudar, y tratar más lo que realmente les preocupa.

Por todo ello, podemos ver que el Programa de Educación para la Salud es una buena forma de dar a conocer, en mayor medida, dicha patología.

Para concluir, se puede ver la importancia de esta patología tanto para las personas que la padecen como para los que conviven con ellos, y a su vez ver, que es una patología a la cual no se le presta la suficiente atención, a pesar de ser una de las patologías psiquiátricas más frecuentes y más incapacitantes.

Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J. Trastornos obsesivos. En: Bulbena Vilarrasa A, Menchón Magriña JM, directores adjuntos. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 183-197.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados. En: Restrepo R, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2014. p. 145-158.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). 8º ed. Washington: eCIE10maps; 2009.
4. Pedreira Massa JL, Felipe E. Trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: Psicopatología, manifestaciones clínicas e intervención. Psiqui [Internet]. Mar 2001 [Citado 4 Mar 2001]; 5 (2): [Aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/ansiedad/trobsesivo-65/trastorno-obsesivo-compulsivo-en-la-infancia-y-adolescencia-psicopatologia-manifestaciones-clinicas-e-intervencion/>
5. Flores Alves Dos Santos J, Mallet L. The obsessive compulsive disorder. Med Sci (Paris). 2013 Dec; 29 (12): 1111-6.
6. Canals J, Hernandez-Martinez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. J Anxiety Disord. 2012 Oct; 26 (7): 746-52.
7. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry. 2006 5; 30 (3):327-37.
8. Fontenelle LF, Hasler G. The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: Risk factors and correlates. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry. 2008 1/1; 32 (1):1-15.
9. OCD Chicago. Cómo ayudar a su hijo. Guía de TOC para padres. Chicago: OCD Chicago; 2006.

- 10.** Trastorno Obsesivo-Compulsivo.org [Internet]. Barcelona: Instituto Klein; cArielKlein [Citado 12 Ene 2013]. Disponible en: <http://trastornoobsesivocompulsivo.org/22/preguntas-frecuentes/>
- 11.** Medline plus [Internet]. Bethesda: Trastorno Obsesivo-Compulsivo; c1997-2015 [Actualizado 3 Oct 2014]. NIH Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000929.htm>
- 12.** National Institute of Mental Health [Internet]. Bethesda: Cuando pensamientos indeseados toman control: Trastorno Obsesivo-compulsivo; c1997-2015 [Actualizado Mar 2010]. Institutos Nacionales de Salud; [Aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>
- 13.** Clínica Universidad de Navarra [Internet]. Pamplona: Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la clínica. cClínica Universidad de Navarra 2013 [Citado 2013]. CUN Clínica Universidad de Navarra; [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/trastorno-obsesivo-compulsivo>
- 14.** Ruiz Galán AM. Eficacia del entrenamiento en habilidades de actuación en familias de niños con trastorno obsesivo compulsivo. Nure Inv. 2006 nov-dic (4(25)).
- 15.** Lebowitz ER, Panza KE, Su J, Bloch MH. Acomodación familiar en el trastorno obsesivo-compulsivo. RET [Internet]. 2013 [Citado 9 ene 2014]; 70: 3-14. Disponible en: <http://www.cat-barcelona.com/ret/70/acomodacion-familiar-en-trastorno-toc-obsesivo-compulsivo>
- 16.** López Jiménez MT, Barrera Villalpando MI, Cortés Sotres JF, Guines M, Jaime M. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. Salud mental. 2011; 34 (2): 111-20.
- 17.** Van Noppen BL, Pato MT, Rasmussen S. Aprender a vivir con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Barcelona: ATOC Asociación de Trastornos Obsesivo-Compulsivos; 2001.

- 18.** Falcón F, Lazar C, García CS. El papel de los padres en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia: a propósito de un caso. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2012; (102): 58-72.
- 19.** Amorín Calzada MJ. Mapa Sanitario de la Comunidad de Aragón. Sector Zaragoza III. 1^a ed. Aragón: Gobierno de Aragón; 2008.
- 20.** Servicio Aragonés de Salud. Contrato de Gestión del Sector de Zaragoza 3. 1^a ed. Aragón: Gobierno de Aragón; 2013.
- 21.** Gobierno de Aragón, editores. Recursos de Salud Mental. Centros de Salud Mental adultos e infanto-juvenil [Internet]. Aragón: Servicio Aragonés de Salud; 2014. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Recursos/CENTROS%20SALUD%20MENTAL%20ADULTOS%20INFANTOJUVENIL%20SECTORES.pdf>
- 22.** Asociación de Consumidores y Usuarios. Guía práctica de servicios sanitarios. 1^a ed. Zaragoza: Informacu Aragón; 2012.
- 23.** Toro J. Psiquiatría en la infancia y la adolescencia. En: Vallejo Ruiloba J, director. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 561-584.
- 24.** Urretavizcaya M. Psiquiatría en el anciano. En: Vallejo Ruiloba J, director. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 585-618.
- 25.** Bados López A. Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Naturaleza, evaluación y tratamiento. 2006-04-20T11:36:39Z.
- 26.** Montero ATB, Flores REU. Estudio comparativo de las características clínicas, demográficas y el funcionamiento familiar en niños y adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo leve a moderado vs. grave. Salud Mental. 2011; 34 (2): 121-8.
- 27.** Mardomingo Sanz MJ. Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En: Mardomingo Sanz MJ, directora. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA; 1994. p. 315-348.

- 28.** Soria V, Labad J. Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Vallejo Ruiloba J, director. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 61-71.
- 29.** Vargas Álvarez LA, Palacios Cruz L, González Thompson G, De la Peña Olvera F. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. Salud Ment. Jul 2008; 31 (4): 283-289.
- 30.** Asbahr FR. Escalas de evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en la infancia y la adolescencia. Rev Psic Clin. 1993; 25 (6): 84-91.
- 31.** Psicosystem. Blog de contenido psicológico [Internet]. Perú: El inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley. Dic 2008 – [Citado 21 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.psico-system.com/2013/04/el-inventario-obsesivo-compulsivo-de.html>
- 32.** Pérez V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Barbanjo M. Psicofarmacología. En: Vallejo Ruiloba J, director. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 471-505.
- 33.** Fernández-Aranda F. Terapéuticas cognitivo-conductuales. Terapéuticas de modificación de conducta. En: Vallejo Ruiloba J, director. Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 433-449.
- 34.** Luciano Soriano MC, Valdivia Salas MS. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. Papeles del Psicólogo. Jul 2006; 27 (2): 79-91.
- 35.** Dávila W. Terapia Cognitivo-Conductual en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Norte de Salud Mental. 2014; 12 (49): 58-6.
- 36.** Gárriz Murillo C, Zazpe Ustárroz M. Trastorno obsesivo compulsivo: Cuidados enfermeros en la terapia de aceptación y compromiso. Presencia. 2009 jul-dic (5(10)).
- 37.** Domínguez R. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo. Rev Neuropsiquiatr. 2013; 59 (3): 102-29.

- 38.** Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar A. Los tratamientos farmacológicos en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una revisión cualitativa. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013; 41 (3): 196-203.
- 39.** Vargas Madriz LF, Ramírez Henderson R. Terapia de aceptación y compromiso: Descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Rev Cienc Soc.* 2012; 4 (138): 101-110.
- 40.** Arboleya Faedo T, Murias Moya G, Cebrián Toral M, Suárez Rosales N. Metodología enfermera en trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Paraninfo Digital.* 2013 (7(19)).
- 41.** Colomer Simón AJ, Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Plan estratégico de salud mental. 1º ed. Aragón: Gráficas Lema SL; 2003.
- 42.** Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

Anexos

ANEXO 1 FACTORES DE RIESGO Y COMORBILIDAD

Edad	En la infancia y adolescencia las posibilidades de padecer TOC aumentan con la edad. En la edad adulta, disminuye conforme envejecen. En la vejez los síntomas tienen menos influencia en su vida diaria.
Género	En la infancia y adolescencia, mayor predominio de niños frente a niñas. Aunque las niñas, padecen más síntomas obsesivos-compulsivos, son más niños los que padecen TOC. En cuanto a la edad adulta, según Fontelle et al., hay más predominio en mujeres, mientras que según Vallejo, se dice que la diferencia de sexos no es significativa.
Empleo	Relación entre el TOC y el desempleo, sobre todo en mujeres.
Estado civil	Según Cilli et al., los separados, divorciados o viudos tienen 4,2 posibilidades más de mostrar TOC. Según Mohammadi et al. y Crino et al., no hay diferencias significativas.
Educación	Educación excesiva en temas como la limpieza, la religión, la moral, la culpa o el orden.
Nivel intelectual	Coeficiente intelectual superior y una formación elevada.
Nivel socioeconómico	Suelen pertenecer a clases sociales con un nivel económico acomodado.
Antecedentes familiares	La prevalencia entre familiares de primer grado es de 1 a 11,7% y la existencia de antecedentes de TOC incrementa el riesgo de padecerlo en niños. Clara predisposición genética, es heredable de un 45 a 65% en los niños y entre un 27-47% en adultos.
Embarazo y complicaciones en el parto	Sufrir un aborto de forma involuntaria, mayor riesgo de padecer TOC. Mayor frecuencia en primíparas e incidencia superior en partos distóxicos.
Abuso de sustancias	Consumo frecuente de marihuana y cocaína aumenta en un 7,2 de posibilidades el riesgo de padecer TOC. El consumo de sustancias ilícitas y de alcohol, también lo incrementa.
Acontecimientos de la vida	Acontecimientos de angustia o temor producen un aumento del riesgo de padecer TOC.
Trastorno bipolar	Aumento de prevalencia de trastornos bipolares en personas con TOC y sobre todo en mujeres.
Trastorno depresivo mayor	Existe relación entre ellos. El Trastorno Depresivo Mayor puede ser un factor desencadenante.
Trastorno de ansiedad	La prevalencia aumenta con la presencia de Trastornos de Pánico, ataques de pánico, fobia social y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

***Trastornos
psiquiátricos en
la infancia***

Un 50% de los niños y adolescentes con TOC, tienen al menos otro diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, depresión mayor en un 25%, trastorno de ansiedad excesiva en un 20% y bulimia nerviosa en un 17%.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada. ^{1, 4, 7, 13, 23-26}

ANEXO 2

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL TOC

Teoría biológica

Se basa en 4 argumentos: La genética, es heredable; La clínica, la relación de esta patología siempre se produce con patologías en las que es relevante la etiopatogenia biológica. Por ejemplo, epilepsia; La biología, se demuestran disfunciones orgánicas; La terapéutica, es mínima la respuesta a la psicoterapia, en contraste con, la respuesta a los antidepresivos.

Hipótesis psicofisiológicas

Intentan unir los aspectos neurofuncionales con los psicológicos. Destaca la visión clásica de Janet en 1903, que consiste en que, en la persona obsesiva existe un descenso de tensión psicológica o actividad psíquica general, lo cual lleva a sentirse incompleto y a la disminución o pérdida de funciones de la realidad propias de la persona obsesiva.

Montserrat-Esteve en 1962, se postuló por un inicio debido a la cristalización infantil de un estado afectivo concreto. Esta cristalización puede desaparecer o continuar, lo cual provocaría las manifestaciones obsesivas en el adulto.

Teorías conductistas

Modelo bifactorial. El primer estadio es el condicionamiento clásico. Estímulos neutros se condicionan al asociarse de manera temporal con estímulos incondicionados que producen ansiedad o inquietud. Después, estos estímulos neutros, que ahora están condicionados, adquieren las mismas propiedades de ansiedad que los estímulos incondicionados.

El segundo estadio es el refuerzo negativo. Una vez instaurado el condicionamiento, se van produciendo nuevas respuestas, que son conductas de evitación, que el sujeto aprende para reducir esa ansiedad provocada por los estímulos condicionados.

Teorías cognitivas

Sugieren que el problema no es la cantidad de pensamientos intrusos ni el escaso control de la mente, sino la tendencia de estas personas a malinterpretar de forma equivocada y excesiva, y a asumir actitudes de responsabilidad para parar tales ideas, mediante conductas o rituales.

Teorías psicodinámicas

Freud explicó que el trastorno obsesivo suponía un fallo en la etapa edípica con vuelta al estadio sádico-anal y con ello el predominio de las relaciones actividad-pasividad y agresividad. El carácter y la clínica de la persona obsesiva corresponden al compromiso entre las pulsiones reprimidas y las fuertes prohibiciones.

Interpretación cibernética

Montserrat-Esteve explicó estos cuadros obsesivos a partir del esquema cibernetico de Stachowiak: Receptor, recibe la información del mundo externo, la decodifica y la transmite a los centros superiores; Operador, clasifica el mensaje y lo compara con lo que ya está almacenado en la memoria, para grabarlo y fijarlo en la memoria a largo plazo, si lo considera correcto. Es la que produce las características que definen al paciente obsesivo; Motivador, proporciona la energía que el operador necesita para llevar a cabo su función; Efector, ejecuta lo que el operador ordena.

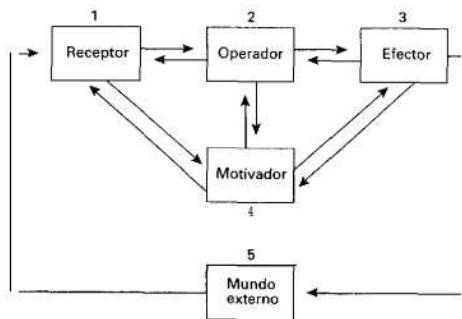


Figura 12.1. Modelo de Stachowiak, modificado por Montserrat-Esteve.
(Tomado de Montserrat-Esteve. Estudio cibernetico de la patología obsesiva.
En Vallejo J (ed); *Estados obsesivos*. Barcelona, Salvat, 1987.)

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada. ^{1, 27}

ANEXO 3 **DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Entrevista psiquiátrica, historia clínica y observación	Mecanismo fundamental. Se recogen datos de filiación, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, repercusión emocional de los acontecimientos que le suceden, relaciones interpersonales y la adaptación social. La observación tiene un papel fundamental.
Escalas	<p>Es necesario entrenamiento y experiencia clínica para realizarlas correctamente.</p> <p><u>Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (MODI)</u>: No como método diagnóstico, sino como medida de intensidad. Mide la ausencia o presencia de síntomas, especialmente la parte compulsiva. Son 30 ítems, que la persona debe decir si son verdaderos o falsos en su situación. Una puntuación total y cuatro puntuaciones parciales que corresponden a limpieza, comprobación, lentitud/repetición y duda/conciencia estricta.</p> <p><u>Inventario Obsesivo de Leyton</u>: Método de evaluación subjetiva de la gravedad y cantidad de síntomas y rasgos obsesivos-compulsivos. Existe una versión para adultos y otra para niños. Mide el número de síntomas con respuestas afirmativas o negativas, el grado de síntomas de resistencia y el grado de interferencia con las actividades diarias.</p> <p><u>Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown</u>: No para el diagnóstico, sino para ver la severidad. Se utiliza tanto para adultos como para adolescentes. También existe una modificación para utilizarla en niños. Está compuesta por 10 ítems, los 5 primeros corresponden a las obsesiones y los otros 5 a las compulsiones. Cada ítem se puntuá de 0 (No hay síntomas) a 4 (Síntomas extremos), pudiéndose obtener como máximo 40 puntos. Una puntuación menor de 10 indica, síntomas leves, transitorios o típicos de la edad; Una puntuación entre 11 y 25 indica, clínica moderada y se precisaría psicoterapia; Una puntuación mayor a 25 indica, TOC de importancia, por lo que necesitaría tratamiento farmacológico y psicoterapia individual.</p>
Pruebas biológicas y de exploración funcional	<p>Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia magnética (RM): Aumento de la densidad de la corteza orbito frontal, de los ganglios basales y del tálamo, así como una disminución de la densidad del cerebelo.</p> <p>Tomografía por Emisión de Positrones (PET): Aumento de la actividad de los lóbulos frontales, ganglios de la base y cíngulo.</p>
Diagnóstico diferencial	Si existe duda en el diagnóstico.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada. ^{1, 4, 28-31}

ANEXO 4 **TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

TRATAMIENTOS PARA EL TOC	
Lo ideal es la combinación de psicoterapia y antidepresivos, ya que si se suspenden los antidepresivos puede haber recaídas, pero la psicoterapia actuaría a lo largo de toda la vida.	
Antidepresivos	<p>Tratamiento farmacológico</p> <p>Iniciar a dosis bajas e ir aumentando con el tiempo. Deben ser superiores a las empleadas para el tratamiento de la depresión y durante un tiempo prolongado, incluso a veces mantenerlo para siempre, si su retirada provoca frecuentes recaídas. No se suelen ver las mejorías hasta la tercera semana con la dosis completa.</p> <p><u>Antidepresivos Tricíclicos (ADT)</u> Fármaco: Clomipramina.</p> <p>No se recomiendan usar: Durante el embarazo y periodo de lactancia. Contraindicación absoluta: Haber padecido recientemente un Infarto Agudo de Miocardio (IAM).</p> <p>Son los fármacos de elección. Se consiguen mejorías en un 60% de los casos. Supera en eficacia a los ISRS. Está indicada la combinación de un ADT con un ISRS si presenta intolerancia a elevadas dosis de Clomipramina o no responde correctamente a ella.</p> <p><u>Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS)</u> Fármacos: Fluvoxamina, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Paroxetina y Sertralina.</p> <p>Menos efectos secundarios que los ADT y un perfil más favorable. Nunca deben combinarse con Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO).</p> <p><u>Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)</u> Fármaco: Fenelcina.</p> <p>Se suelen indicar cuando no hay respuesta terapéutica a un ISRS y un ADT.</p>
Ansiolíticos	<p><u>Benzodiazepinas (BZD)</u> Fármacos: Diazepam, Clobazam, Cloracepato, Clordiacepóxido, Bromacepam, Clonazepan, Alprazolam, Bentazepam, Lorazepam y Oxazepam.</p> <p>Es recomendable que su uso sea durante cortos períodos de tiempo, como máximo cuatro semanas, debido a su</p>

	<p>capacidad para producir los síndromes de abstinencia y dependencia. Es común el tratamiento con benzodiacepinas en las primeras fases debido a su rápido efecto ansiolítico y debido a que los antidepresivos tardan en actuar.</p> <p>Existe riesgo si son utilizadas durante el embarazo y es aconsejable también, evitarlos durante la lactancia. Las benzodiacepinas son depresores del centro respiratorio, por lo que se debe ser cuidadoso en su administración.</p>
Psicoterapia	
Terapia de comportamiento	Enseñar a las personas diferentes formas de pensar, actuar y reaccionar ante ciertas situaciones. Esto les proporciona una ayuda para sentir menos ansiedad y temor sin tener pensamientos obsesivos o sin tener que realizar las compulsiones.
Terapia de exposición con prevención de respuesta	Se pretende conseguir que tolere la ansiedad que le produce la exposición al propio estímulo, pero sin recurrir al ritual para reducirla. Se extingue el sistema de ejercer una compulsión en respuesta a la obsesión.
Terapia de aceptación y compromiso	Se pretende que vea que el pensamiento de culpa no es el síntoma que le incapacita sino que lo que limita su vida son las actuaciones que van unidas a esa interpretación literal que él realiza de sus pensamientos.
Terapia Electroconvulsiva (TEC) y Psicocirugía	
La Terapia Electroconvulsiva no es eficaz. Solo se utilizaría en pacientes con obsesivos que estén en el inicio de una esquizofrenia. La psicocirugía se realizaría en los casos más graves donde las terapias convencionales han sido ineficaces.	

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada. ^{1, 10, 11, 31-40}

ANEXO 5
HOJA DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA FAMILIARES DE PERSONAS DIAGNÓSTICADAS CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

HOJA DE INSCRIPCIÓN

Familiares de (Apellidos, nombre):

DNI:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Diagnosticado aproximadamente hace:

Primer familiar

Apellidos, nombre:

DNI:

Parentesco:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Segundo familiar

Apellidos, nombre:

DNI:

Parentesco:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Dirección:

Teléfono de contacto:

Firma primer familiar:

Firma segundo familiar:

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

TRÍPTICO INFORMATIVO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Programa de Educación para la Salud

El programa constará de tres sesiones, cada una de dos horas de duración. Serán impartidas los días 11, 18 y 25 de junio de 11 a 13 horas en su Centro de Salud Mental.

No dude en participar, es una buena forma tanto de adquirir más información como de conocer a más personas que pasan por lo mismo que usted, y con todo ello mejorar



Organización

► María Cácedas Tejada

Calle Escultor Palao, 36
50017
Zaragoza

Teléfono: 976320103
Móvil: 639725638

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Educación para la Salud para familiares de personas diagnosticadas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo



Unidad de Salud Mental "Delicias"

iNo está solo!

Un Programa de Educación para la Salud es una buena forma de ayudar a personas que no saben cómo hacer frente a una situación difícil. En este caso, nos dirigimos a familiares de personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Convivir con una persona que padece Trastorno



Obsesivo-Compulsivo es algo que puede alterar la rutina familiar y las relaciones sociales. Por todo ello, con este programa queremos que su calidad de vida sea mucho mejor a la actual mediante la información, orientación y apoyo emocional.

¡PUEDE GANAR LA BATALLA AL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO!



Sesión 1. Introducción al Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Con esta primera sesión crearemos un ambiente de confianza entre los integrantes. Conoceremos qué es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, sus causas y el tratamiento más eficaz. Mediante esto conseguiremos incrementar sus conocimientos frente al trastorno, para que pueda enfrentarse a él correctamente.

Sesión 2. Actitudes de los familiares frente al TOC

Continuamos con la segunda sesión,. En primer lugar, se resolverán las dudas surgidas en la sesión anterior. Seguidamente, realizaremos un pequeño debate en parejas sobre lo que es adecuado hacer y que no ante una situación de TOC, para posteriormente realizar una puesta en común. Finalmente, se explicará concretamente lo que se debe hacer.



Sesión 3. Patrones funcionales de salud en el TOC

En la última sesión , relacionaremos a su familiar con los patrones funcionales de salud, los cuales serán explicados también en la sesión. Asimismo, se crearán diagnósticos enfermeros relacionados con el cuidador para saber si se sienten identificados con ellos o no y así conocer mejor cómo se sienten actualmente frente a l TOC. Para concluir, tanto el programa como las sesiones, se les informará sobre los movimientos asociativos, ya que pueden ser de gran ayuda para ustedes.

► María Cácedas Tejada

Unidad de Salud Mental "Delicias"
Calle Escultor Palao, 36
50017
Zaragoza
Teléfono: 976320103
Móvil: 639725638
Correo electrónico: mariact@hotmail.com

Fuente: Elaboración propia. Fotos de Google Imágenes “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”, “Símbolo victoria”, “Universidad de Zaragoza” y “Facultad Ciencias de la Salud Zaragoza”.

ANEXO 7
CARTEL INFORMATIVO



Fuente: Elaboración propia. Fotos de Google Imágenes “Trastorno Obsesivo-Compulsivo”.

ANEXO 8

**ENCUESTA INICIAL DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

SESIÓN 1. INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

ENCUESTA INICIAL

Apellidos, nombre:

Familiar de:

Fecha:

Responda brevemente a las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo definiría el Trastorno Obsesivo-Compulsivo?

2. ¿En qué periodo de la vida cree que es más frecuente el desarrollo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?

3. ¿Cree que es una patología frecuente o que existen pocos casos?

4. ¿Qué sentimientos o emociones le surgen en su vida diaria?

5. ¿Qué se debe o no hacer ante una persona con TOC?

6. ¿Cree que existe algún tratamiento aparte del farmacológico? Si es que sí, ¿cuál?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 9
PATRONES FUNCIONALES DE SALUD EN EL TOC

SESIÓN 3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD EN EL TOC

Apellidos, nombre:

Familiar de:

Fecha:

Responda brevemente a las siguientes preguntas en relación con su familiar diagnosticado de TOC.

Patrón funcional 1. Patrón de percepción/manejo de la salud

1. ¿Cómo influye su salud en sus planes actuales y de futuro?

2. ¿Cómo sigue las prescripciones del médico y de la enfermera?

3. ¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano?

Patrón funcional 2. Patrón nutricional/metabólico

1. ¿Ha notado pérdida o ganancia de peso o estatura?, ¿cuánto pesa y mide?

2. Estado de la piel, pelo, uñas y dientes.

3. ¿Qué alimentos y líquidos consume a diario?

Patrón funcional 3. Patrón eliminación

1. ¿Cuál es la frecuencia de excreción y micción?, ¿existe dolor al realizarlo?
2. ¿Necesita ayudas para la excreción? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?
3. ¿Problemas de sudoración?

Patrón funcional 4. Patrón actividad/ejercicio

1. ¿Tiene energía suficiente para las actividades diarias?
2. ¿Cuál es su frecuencia en la higiene?
3. ¿Qué actividades de ocio y tiempo libre realiza de forma individual o en grupo?

Patrón funcional 5. Patrón sueño/descanso

1. ¿Se encuentra descansado para las actividades de la vida diaria después de dormir?
2. ¿Requiere de ayudas para dormir? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles?

3. ¿Se despierta a causa de fuertes pesadillas?

Patrón funcional 6. Patrón cognitivo/perceptual

1. ¿Ve correctamente?, ¿Precisa ayuda para ver bien?
2. ¿Oye correctamente?, ¿Precisa ayuda para oír?
3. ¿Qué cosas le es más fácil aprender?

Patrón funcional 7. Patrón autopercepción/autoconcepto

1. ¿Se siente a gusto consigo mismo tanto física como cognitivamente?
2. ¿Qué cosas le enfadan?
3. ¿Cambios en los sentimientos hacia sí mismo, hacia su cuerpo y capacidades cognitivas, desde el inicio de la enfermedad?

Patrón funcional 8. Patrón rol/relaciones

1. ¿Qué significa la familia para él?
2. ¿Mantiene relaciones con gente de su alrededor?

3. ¿Se siente solo?

Patrón funcional 9. Patrón sexualidad/reproducción

1. ¿Tiene necesidades sexuales?
2. ¿Existe satisfacción o insatisfacción en el rol sexual/reproductivo?

Patrón funcional 10. Patrón adaptación/tolerancia al estrés

1. ¿Cómo percibe su capacidad para manejar situaciones?
2. ¿Con quién tiene mayor confianza para hablar de sus problemas?
3. ¿Se encuentra tenso la mayor parte del tiempo?

Patrón funcional 11. Patrón valores/creencias

1. ¿Es importante en su vida la religión?
2. ¿Qué es importante para su calidad de vida?
3. ¿Tiene planes de futuro?

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.⁴¹

ANEXO 10
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

NANDA RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar **r/c** tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente como para permitir afrontar objetivos de autorrealización **m/p** el miembro de la familia avanza en un estilo de vida enriquecedor.

00149 Ansiedad **r/c** el entorno y estrés **m/p** expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.

00177 Estrés por sobrecarga **r/c** agentes estresantes intensos repetidos **m/p** expresa dificultad para funcionar.

00052 Deterioro de la interacción social **r/c** déficit de habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad **m/p** verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.

00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador **r/c** duración de la necesidad de los cuidados.

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual **r/c** ansiedad y malas relaciones.

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada. ⁴²

ANEXO 11

**ENCUESTA FINAL DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

SESIÓN 3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD EN EL TOC

ENCUESTA FINAL

Apellidos, nombre:

Familiar de:

Fecha:

Responda brevemente a las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo definiría el Trastorno Obsesivo-Compulsivo?

2. ¿En qué periodo de la vida cree que es más frecuente el desarrollo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?

3. ¿Cree que es una patología frecuente o que existen pocos casos?

4. ¿Qué sentimientos o emociones le surgen en su vida diaria?

5. ¿Qué se debe o no hacer ante una persona con TOC?

6. ¿Cree que existe algún tratamiento aparte del farmacológico? Si es que sí, ¿cuál?

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 12

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA
SALUD DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

Apellidos, nombre:

Familiar de:

Fecha:

Seleccione la opción que considere, 1 (Muy mal), 2 (Mal), 3 (Regular), 4 (Bien) o 5 (Muy bien).

1 2 3 4 5

Contenidos de las sesiones					
Conocimientos por parte de la enfermera					
Material y mobiliario utilizado					
Metodología empleada					
Duración de las sesiones y el programa					
Conocimientos adquiridos					
Puntuación en general					

Escriba, si quiere, alguna sugerencia o comentario con el que poder mejorar el programa:

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 13
EVALUACIÓN DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

EVALUACIÓN FINAL DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
Recursos y mobiliario	
Número de asistentes	
Grado de participación	
Alcance de los objetivos planteados	
Conocimientos necesarios para cada sesión	
Problemas surgidos	
Sugerencias de mejora	

Fuente: Elaboración propia.