

# TFG FINAL

*por* Alejandro San Julián Márquez

---

ARCHIVO	17492_ALEJANDRO_SAN_JULIÁN_MÁRQUEZ_TFG_FINAL_969036_44226 1792.DOCX (440.89K)	
HORA DE LA ENTREGA	25-ABR-2017 01:10P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS 18163
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA804524374	SUMA DE CARACTERES 102233



## **Trabajo Fin de Grado**

### ***INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO***

Alumno: Alejandro San Julián Márquez

Director: Soledad Ferreras Mencía

**Madrid, Abril de 2017**

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>4</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>ESTADO DE LA CUESTIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>1. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1 DESCRIPCIÓN DEL TRASTORNO</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 TIPOS</b> .....	<b>10</b>
<b>1.3 ETIOLOGÍA</b> .....	<b>12</b>
<b>1.4 SÍNTOMAS</b> .....	<b>14</b>
<b>1.5 PRUEBAS Y EXÁMENES</b> .....	<b>18</b>
<b>1.6 TOC Y COMORBILIDAD CON OTRAS ENFERMEDADES MENTALES.</b> .....	<b>19</b>
<b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>23</b>
<b>2. PATRONES DISFUNCIONALES DE MAYOR Y GORDON EN EL TOC</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 PATRÓN 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3 PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</b> .....	<b>27</b>
<b>2.4 PATRÓN 4: ACTIVIDAD- EJERCICIO</b> .....	<b>27</b>
<b>2.5 PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO</b> .....	<b>29</b>
<b>2.6 PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO</b> .....	<b>30</b>
<b>2.7 PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO.</b> .....	<b>32</b>
<b>2.8 PATRÓN 8: ROL – RELACIONES</b> .....	<b>34</b>
<b>2.9 PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b> .....	<b>35</b>
<b>2.10 PATRÓN 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS</b> .....	<b>36</b>
<b>2.11 PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>39</b>
<b>3. CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE PATRONES DISFUNCIONALES EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (EVPD-TOC)</b> .....	<b>40</b>
<b>3.1 SELECCIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA.</b> .....	<b>40</b>
<b>3.2 CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA TIPO LIKERT</b> .....	<b>40</b>
<b>3.3 VALIDACIÓN DE LA ESCALA</b> .....	<b>55</b>

<b>3.4 MUESTRA .....</b>	<b>55</b>
<b>3.4 RECOGIDA DE DATOS.....</b>	<b>56</b>
<b>3.5 ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>56</b>
<b>3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>57</b>
<b>3.7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO I: ESCALA DE VALORACIÓN DE PATRONES DISFUNCIONALES EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (EVPD-TOC) .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....</b>	<b>76</b>

## Resumen

*El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es un trastorno mental en el que las personas que lo padecen presentan una serie de obsesiones (sentimientos, pensamientos, ideas y/o sensaciones que asaltan la mente), y compulsiones (que son los comportamientos que se repiten y resultan molestos y desagradables para la persona que los sufre). Los signos y síntomas del TOC hacen que el paciente presente una elevada ansiedad que interfiere en su funcionamiento diario. Este trabajo recoge información acerca de las principales dimensiones disfuncionales que presenta la persona con TOC con la intención de crear una escala que permita la valoración, desde un punto de vista heterogéneo e integral, de los patrones alterados en este tipo de pacientes, para que la intervención desde el ámbito de la enfermería sea más eficaz. Esta escala recogerá aspectos biológicos, emocionales, neuropsicológicos y sociales de la problemática del paciente con un total de N ítems.*

**Palabras clave:** Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), enfermería, patrones funcionales de Mayor y Gordon, escala tipo Likert.

*The compulsive obsessive disorder (TOC), it is a mental disorder in which the persons who endure it present a series of obsessions (feelings, thoughts, ideas and/or sensations), and compulsions (that are the behaviors that recur and turn out to be annoying and unpleasant for the person who suffers them). The signs and symptoms of the TOC do that the patient presents a high anxiety that interferes in its daily functioning. This work gathers information about the main dysfunctional dimensions that the person presents with TOC to create a scale that allows its evaluation, from a heterogeneous and integral point of view, of the bosses altered in this type of patients, in order to intervene from the ambience of the infirmary of a more effective way. This scale will gather biological, emotional aspects, neuropsychological and social of the problems of the patient with a whole of N items.*

**Key words:** Compulsive obsessive disorder (TOC), infirmary, functional bosses of Major and Gordon, climbs type Likert.

## Presentación

A los 16 años el TOC cambio mi vida por completo, los pensamientos se aglutinaban en mi mente sin ser capaz de liberarlos y darles salida, la enfermedad invadió mi vida por completo hasta llegar al punto de tener que abandonar los estudios, las relaciones sociales, incluso mi pareja sentimental también se vio afectada por esta situación, entre tantas otras áreas de mi vida. Es ahora a mis 26 años cuando veo luz al final del camino. Del TOC es posible salir.

La estigmatización del paciente con patología psiquiátrica es muy frecuente en la sociedad española actual, y son muchas las personas que lo sufren hoy en día.

La razón principal que me llevo a crear una herramienta que sirva a la enfermería para evaluar el grado de afectación de esta enfermedad, así como evaluar el progreso del paciente en un antes y un después, es que yo mismo sufro esta enfermedad y me gustaría poder ayudar a personas que también la padezcan. Actualmente desde la perspectiva de la enfermería, en la que me sitúo, y como paciente al mismo tiempo, creo que tenía todos los ingredientes necesarios para procurar sacar adelante esta herramienta de uso clínico.

Como paciente me di cuenta de que la enfermería podía hacer mucho en este ámbito perteneciente a la salud mental, una buena valoración mediante los diagnósticos adecuados que estén directamente enfocados a esta patología a través de la herramienta NANDA, hace posible que las intervenciones posteriores (NIC) sean más eficaces y no se desvíen en este sentido a través de la gran sintomatología del TOC.

Toda esta labor no podría haberla llevado a cabo sin mi mentora Soledad, y sin el apoyo incondicional de Alejandra, mi compañera de vida, gracias por permanecer a mi lado en los momentos más difíciles.

## **Estado de la cuestión**

Antes de la realización del objetivo de este trabajo, que es la creación de una escala tipo Likert de valoración integral de la patología del TOC (Anexo1), se ha realizado una revisión sistemática de la literatura acerca de la descripción del trastorno, los tipos de TOC, la etiología, sus síntomas, pruebas y exámenes, y las posibles comorbilidades con otras enfermedades mentales.

Posteriormente se analizan los patrones disfuncionales de Mayor y Gordon en relación con el TOC, de los que se obtiene parte de la información para la elaboración de los ítems.

### **1. Trastorno obsesivo-compulsivo**

La definición de término obsesión (del latín *obsidere* que significa asediar, investir, bloquear) fue utilizada en un principio por Watburgen 1799. El primer análisis del cuadro y descripción que en la actualidad tiene la definición de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se produjo a partir de 1838 y lo describió Etienne Dominique Esquirol.

En los trabajos de Freud, se comienza a desarrollar el concepto de la neurosis obsesiva relacionado con conflictos inconscientes. El TOC es descrito en 1995 con dicho nombre en el DSM-IV y CIE-10 es entonces cuando se empieza a considerar el Espectro Obsesivo Compulsivo. Durante el siglo XIX, fue muy discutido el origen de los trastornos obsesivos por su posible origen emocional intelectual y volitivo. Durante los últimos años, gracias a los estudios de neuroimagen funcional, estudios farmacológicos y genéticos, ha hecho posible tener un conocimiento más profundo de este trastorno (Kodysz S, 2004)

En la actualidad, el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se inserta dentro de un grupo nuevo de trastornos mentales. A diferencia del DSM-IV y DSM- IV-R, se extrae en el DSM-V de los trastornos de ansiedad para ocupar un nuevo apartado dentro de la clasificación de trastornos mentales, como trastornos de espectro obsesivo, agrupándolos todos ellos bajo el epígrafe de TOC y trastornos relacionados.

En la Figura 1 se recoge el nuevo grupo denominado "Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados":

Figura 1

*Trastornos dentro del grupo "Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados"*

"Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados"

---

1. TOC
  2. Trastorno dismórfico corporal (TDC) (antes incluido en los trastornos somatomorfos)
  3. Tricotilomanía (incluida en el DSM-IV en trastorno por control de impulsos)
  4. Trastorno por excoriación (nuevo trastorno)
  5. Trastorno por acumulación (nuevo trastorno)
  6. TOC y trastornos relacionados inducidos por otra enfermedad médica
  7. TOC y trastornos relacionados inducidos por sustancias
  8. TOC y trastornos relacionados especificados
  9. TOC y trastornos relacionados no especificados
- 

Fuente: Elaboración propia

Lo que determina que se haya creado y actualizado un nuevo grupo en el DSM-V son los hallazgos encontrados en la investigación sobre comorbilidad, circuitos cerebrales subyacentes y la respuesta al tratamiento, sacándolo de los trastornos de ansiedad. Todos estos avances van encaminados a abordar el trastorno de una manera más integral y, por lo tanto, proporcionar un tratamiento más eficaz.

Otra novedad con respecto al DSM-V y a diferencia del DSM-IV en el que solo existe un único nivel de conciencia, es que establece especificaciones en cuando al nivel de conciencia de la enfermedad, determinándolo en los siguientes niveles:

- 1- Con introspección buena o aceptable.
- 2- Con poca introspección y con ausencia de introspección/ creencias delirantes (en este apartado refiere la posibilidad de pacientes obsesivos con rasgos psicóticos reflejando la proximidad entre ambas patologías distintas en algunos casos. (Pons TC, 2014)

Una de las dificultades encontradas por el grupo de consenso que trabajó en el diseño del DSM V ha sido la determinación de los subconjuntos o categorías diferenciadas de los pacientes pertenecientes a un mismo trastorno. El estudio de la heterogeneidad del TOC se ha dedicado a la identificación de los diferentes "fenotipos" y las diferencias en la base de los mismos ya que cuanto más diferenciamos el trastorno esto podría ser beneficioso en

cuanto la etiología, la evaluación y diagnóstico y el proceso terapéutico. (Soriano G.G, Belloch A y Morillo C, 2008)

## 1.1 Descripción del trastorno

El trastorno obsesivo compulsivo, es un trastorno mental en el que las personas que lo padecen presentan una serie de obsesiones (sentimientos, pensamientos, ideas y/o sensaciones que con persistencia asaltan la mente), y compulsiones (que son los comportamientos que se repiten y resultan molestos y desagradables para la persona que los sufre). Estos comportamientos repetitivos están destinados a disminuir la ansiedad que el paciente siente a corto plazo, provocada por estas obsesiones experimentadas como intrusivas y molestas, ya que si no realizan estos rituales puede conllevar a una causa importante de ansiedad. Dicho de otro modo, el paciente realiza las compulsiones para liberarse de estos pensamientos intrusivos. (Fred K y Berger M, 2016)

Una visión más específica y actualizada nos la da el DSM-5, definiendo el TOC como la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Por lo tanto un paciente con TOC puede vivir la enfermedad solo con obsesiones sin llevar a cabo compulsiones, o bien tener ambas en el mismo trastorno

La obsesión es definida como los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que el paciente puede experimentar en algún momento durante el trascurso de la enfermedad, y que el sujeto vive esas obsesiones como intrusivas o en contra de su voluntad creando en la mayoría de los pacientes una ansiedad significativa, que altera la calidad de vida. (APA, 2014)

Entendemos por intrusión, a la forma de presentación del pensamiento, «por sorpresa, de repente» Los pensamientos entran en la mente en contra de la voluntad del paciente y no puede hacer nada para que desaparezca.

Estos pensamientos pueden aparecer de diferentes formas según Gavino, A (Gavino A, 2008):

- a) *De repente*: los pensamientos aparecen sin ninguna señal previa, es decir por sorpresa. Según este autor, un ejemplo de este tipo de pensamiento intrusivo sería, que el paciente esta tranquilamente paseando por la calle cuando *de repente* le asalta un pensamiento o imagen obsesiva, sin previo aviso, sin ningún factor que predisponga a la obsesión

- b) *Ante un estímulo del ambiente que recuerda el pensamiento obsesivo en cuestión:* Sería un ejemplo parecido al anterior sin embargo tiene unas matizaciones diferentes, en este caso existe un elemento que la persona reconoce y atrae su atención al recordarle una obsesión preexistente. Un ejemplo sería, la persona va caminando por la calle, y en un momento dado observa en el camino un elemento que tiene relación con esta obsesión preexistente, por ejemplo la línea de una baldosa, le activa el pensamiento de contaminación, y por consiguiente la compulsión de evitar pisarla.
- c) *Ante el motivo de la obsesión:* Siguiendo el ejemplo anterior, en la calle visualiza un perro. Cada vez que piensa en el perro, tiene la obsesión de que «puede matarlo».
- d) *Al recordar la obsesión:* Mientras que camina por la calle, recuerda lo que tiene que hacer al día siguiente, en su recuerdo visualiza que cerca de la calle donde tiene que ir a comprar el pan, existe una tienda de animales, en la que hay perros, este recuerdo le crea ansiedad ante la obsesión de que «puede matarlo».

Haciendo referencia nuevamente al DSM-V, el sujeto que intenta suprimir o ignorar las obsesiones intenta neutralizarlos mediante otro tipo de acto o pensamiento, es decir que el fin de las compulsiones es aliviar la ansiedad producida por la obsesión.

Las compulsiones se definen por los puntos 1 y 2:

- 1- Son comportamientos como por ejemplo: lavarse las manos, ordenar, comprobación de objetos de manera reiterada, o bien por actos mentales, como pueden ser, rezar, contar o repetir palabras en silencio, todo ello se realiza por el estímulo ansiógeno que provoca la obsesión, con el fin de intentar paliarla, evitarla o eliminarla de la mente del paciente. Es característica la rigidez que presentan estos pacientes en cuanto a la manera que tiene cada sujeto para llevar a cabo la compulsión.
- 2- La consecución de los comportamientos compulsivos en si misma están destinados a disminuir y evitar la ansiedad que crea la obsesión. Se hace necesario destacar que estos actos mentales o forma de comportamiento, pueden ser vividos para el paciente como excesivos, no teniendo por qué estar ligados con la obsesión de una manera realista.  
Otro caso aparte es el de los niños, que pueden no ser capaces de realizar compulsiones como actos mentales o comportamientos repetitivos.

Las obsesiones y compulsiones en ocasiones pueden ocupar una gran parte del tiempo de la persona, llegando a causar deterioro social y laboral importante en algunos casos, incluyendo otros dominios funcionales del día a día del paciente. (APA, 2014)

Otro rasgo distintivo de los pensamientos obsesivos es que en la mayoría de los casos son egodistónicos (Gavino A, 2008). Es decir, que es relativo a conductas, actitudes, pensamientos e impulsos que no corresponden con las características del Yo de un sujeto y por lo tanto el paciente vive este fenómeno como incongruentes con su personalidad de base. (Enciclopediasalud, 2016)

En la sociedad actual entorno al 80% de la población ha tenido en algún momento de su vida algún pensamiento de este tipo. Este tipo de pensamientos se pueden agrupar en tres temáticas características: sexuales, religiosos y agresivos. Por ejemplo, la persona que pasa cerca de una iglesia y le invade un pensamiento de blasfemia, este le crea gran ansiedad pues es totalmente contrario a sus creencias y valores son contrarios al pensamiento obsesivo. Este tipo de obsesiones generan una ansiedad muy elevada en el sujeto.

Una característica de este tipo de pensamiento es que la persona que lo padece asume que es absurdo y carece de sentido, aunque en ocasiones cuando está inmerso en la obsesión puede llegar a dudar acerca del grado de realidad de la obsesión.

Esto es lo que diferencia al trastorno obsesivo compulsivo de otros trastornos psicóticos, (Gavino A, 2008) en los cuales la pérdida de realidad, o desconexión con la realidad es mucho más marcada. (Medline plus, 2015)

Cuando la persona que sufre obsesiones está tranquila es capaz de darse cuenta de que las obsesiones carecen de sentido, esto a su vez puede hacer que tengan el pensamiento subjetivo de que se están volviendo locos.

A medida que se va instalando la obsesión en la mente de la persona lo que antes parecía totalmente absurdo, puede perder fuerza y empezar a ganar terreno las dudas de *si es posible* o que grado de realidad tiene el pensamiento u obsesión. Al menos cuando se está inmerso en la obsesión, una vez pasada la intensidad de esta, la persona en la mayoría de los pacientes se dan cuenta de que carecía totalmente de sentido. (Gavino A, 2008)

## 1.2 Tipos

Las manifestaciones de los síntomas de los pacientes con TOC que tienen lugar en la clínica, muestran diferencias en cuanto a la forma, el contenido, y en los diferentes patrones de respuesta al tratamiento. Un mismo paciente también puede presentar diversas modalidades y/o contenidos de obsesiones y compulsiones y puede variar la transición de

unas a otras a lo largo del tiempo, por lo que en la clínica es importante considerar que los síntomas del TOC no sean relativamente estables. Sería importante contar con subtipos bien establecidos ya que así, la descripción más exacta y definida de la psicopatología del trastorno, favorecería u mejor manejo a nivel etiológico, de evaluación y diagnóstico y de tratamiento.

El estudio de la heterogeneidad del TOC se ha basado en la delimitación de sus “fenotipos” (lo que viene a ser las manifestaciones clínicas de los síntomas o en la respuesta al tratamiento) mediante la utilización de varios criterios como: la edad del comienzo del trastorno, la gravedad de los síntomas, el malestar que provoca en el paciente, condiciones comórbidas, la forma de aparición de las obsesiones y/o el tipo de déficit neuropsicológico asociado al trastorno. El estudio de la heterogeneidad se ha estudiado a partir de dos enfoques “taxonomías racionales” y “taxonomías empíricas”: el primer enfoque (tipo categorial) parte de asumir que el TOC está formado por subtipos o categorías diferentes, mientras que dese el segundo enfoque (tipo dimensional) se trata más bien de considerar que los subtipos no existen por sí mismos, sino que son puntos extremos dentro de un continuo, tratándose de conjuntos de síntomas. A través de las taxonomías racionales se han obtenido siete categorías o tipos de TOC: obsesiones puras, compulsiones de limpieza/lavado, compulsiones de comprobación, compulsiones de repetición, compulsiones de orden, compulsiones de acumulación y lentitud (Soriano G.G, Belloch A y Morillo C, 2008)

Hay un consenso en cuanto a la utilización de la Escala Yale-Brown de Obsesiones y compulsiones (Y-BOCS-SC) como un instrumento que recoge el listado más completo de las obsesiones y compulsiones, y se centra en el contenido de las mismas como se puede ver en la Figura 2.

Figura 2. *Tipos de obsesiones y compulsiones.* Fuente: Elaboración propia

---

Obsesiones
Agresivas
Contaminación
Sexuales
Acumulación
Religiosas
Somáticas
Simetrías
Misceláneas/diversas

---

Compulsiones
--------------

---

---

Limpieza  
Comprobación  
Conteo  
Orden  
Acumulación  
Repetición  
Misceláneas/diversas

---

Por el momento, la decisión sobre si el TOC se entiende mejor desde una perspectiva dimensional o desde otra categorial, está condicionada más por enfoques de tipo conceptual que empíricos.

Por otro lado, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 habría que considerar la capacidad de introspección que tiene el sujeto sobre las creencias: Con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes (APA, 2014).

### **1.3 Etiología**

Algunos investigadores creen que los circuitos cerebrales no funcionan correctamente en las personas con este tipo de trastorno. Tienen una tendencia familiar por lo que es hereditario, y se ha observado que los síntomas con frecuencia comienzan en la infancia y adolescencia (Tajmuchi TB, 2015).

En cuanto a la etiopatogenia del TOC, parece existir una transmisión incompleta entre gemelos, habiendo concordancia para este trastorno entre 53-87% en monocigotos y 22-47% para dicigotos, lo que refleja que la etiología parece ser multifactorial (González-Santos M, Vicente Alba J, Fernández R, Ortega Ruibal FJ y Sudupe JA, 2013)

Otros estudios han estudiado en ratones, que la delección genética de la proteína SAPAP3, que abunda en la densidad postsináptica de sinapsis excitatorios del estriado, provoca en estos comportamientos compulsivos y un componente de ansiedad. Se ha encontrado que el riesgo de sufrir esta enfermedad en familiares de primer grado es de 3 a 12 veces mayor que el de la población general (Mataix-Cols D, van den Heuvel OA, van Grootheest DS, Heyman I, 2009). Se postula la hipótesis de que podría existir una relación entre el TOC y el transportador de serotonina ya que este está relacionado con la vulnerabilidad genética a padecer trastornos de ansiedad (Nestler EJ, Hyman SE, Malenka R, 2004). Han encontrado

recientemente que los polimorfismos del gen del receptor de serotonina 5HT1D podrían contribuir a la gravedad del trastorno obsesivo compulsivo (Santana N, 2016).

Desde la neuropsicología clínica se acepta que el trastorno obsesivo compulsivo parece estar asociado a un fallo en el procesamiento de la información (Tirapu-Ustároz J, Ríos Lago M, Maestu Unturbe F., 2008). Por otro lado, algunos estudios indican que la menor velocidad de procesamiento y amplitud atencional tienen que ver con la toma de medicación en el momento del estudio como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o benzodiazepinas (Martínez-González AE, Piqueras-Rodríguez JA, 2008).

Las investigaciones desde la neuropsicología han intentado encontrar correlaciones mediante datos de neuroimagen estructural y funcional para corroborar los modelos explicativos que proponen déficits en estructuras cerebrales como el lóbulo frontal, ganglios basales o los circuitos frontoestriales e implicaciones frontosubcorticales y regiones de la corteza prefrontal y del tálamo (Andrés-Perpiñá S, Lázaro-García L, Canalda-Salhi G y Boget-Llucíà T, 2002). Mediante la neuroimagen funcional se han hallado datos sobre una conectividad funcional anormal en áreas cerebrales que componen el "circuito TOC", incluyendo la corteza orbitofrontal, la corteza cingulada anterior (CCA)/prefrontal medial, los ganglios basales (núcleo caudado y estriado ventral), y el tálamo. Este circuito se encuentra sobreactivado en estos pacientes durante su estado basal y durante la aparición de los síntomas. El circuito corticoestriatal estaría implicado en la producción de conductas repetitivas y el circuito frontoestriatal-talámico estaría relacionado con el aprendizaje implícito que está implicado en el proceso de formación de hábitos (motor, lenguaje o pensamiento), y un fallo en este último daría lugar a la aparición de pensamientos intrusivos o fragmentos de comportamiento motor, como en el caso del síndrome de Tourette. En cuanto al aumento del aprendizaje del miedo, dependiente de circuitos asociados con el condicionamiento al miedo, y la formación de hábitos, se debería a déficits en la conectividad de estructuras como la corteza orbitofrontal/cingulada y el prefrontal medial, relacionadas con el condicionamiento, y la conectividad entre la corteza orbitofrontal-cingulada anterior- prefrontal medial, relacionadas con el aumento del aprendizaje de miedo basado en incentivos y la formación de hábitos (Andrés-Perpiñá S, Lázaro-García L, Canalda-Salhi G y Boget-Llucíà T, 2002).

Tanto el electroencefalograma (EEG) como los potenciales relacionados con eventos (PREs), son dos técnicas electrofisiológicas utilizadas para investigar el TOC. El EEG es el registro de las diferencias de voltaje entre dos electrodos situados en el cuerpo cabelludo en función del tiempo. Los PREs nos proporcionan fluctuaciones de voltaje que están asociadas temporalmente a la presencia de un evento físico o mental. Se ha visto que la actividad

lenta, compuesta por las bandas  $\delta$  y  $\theta$ , se presenta como anomalía común en el análisis por inspección visual EEG-T, y también se han encontrado anomalías en las bandas rápidas, especialmente en bandas  $\alpha$ . En relación a los PREs cognitivos, los más característicos están el N200, que es una medida electrofisiológica del procesamiento semántico (Quiroz-G YT, 2003) y el P300, que se considera un índice de memoria de trabajo y detección de la novedad (Núñez-Peña MI, Corral MJ, Escera C, 2004). En relación a estas medidas, se ha encontrado correlaciones positivas entre la amplitud del componente N200 y la cronicidad del trastorno y entre la amplitud del componente P300 y la severidad de la sintomatología del TOC. Esto se traduce, a nivel cognitivo, en la sensación que tienen estas personas de que "algo no está bien" y "perseveran" en respuestas de comprobación excesiva. También se ha encontrado en niños y adultos con TOC un incremento de la "negatividad relacionada al error" (NRE) posterior a el error cometido por el sujeto en una tarea, o cuando está seguro de haberlo cometido, que depende de regiones frontales cerebrales como el CCA, lo que convierte a esta medida en un posible marcador biológico del TOC (Garcell JR, Medina WR, 2009). Por lo tanto, el acercamiento a la etiología del TOC, ha evolucionado desde un enfoque psicodinámico a otro neurobiológico, complementado con las aportaciones cognitivo-conductuales que permiten comprender el mantenimiento de la conducta y los rituales obsesivos (Gonzalez-Santos M, Vicente Alba J, Fernández R, Ortega Ruibal FJ y Sudupe JA, 2013).

## **1.4 Síntomas**

Desde el enfoque dimensional se considera que generalmente los síntomas en los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo sufren algunos cambios a lo largo del tiempo, esto es que ningún paciente suele mantener la misma congregación de síntomas desde el inicio del trastorno. Aun así, algunos estudios longitudinales han encontrado que los síntomas que cambiaron a lo largo del tiempo se encontraban dentro de las dimensiones previamente identificadas por lo que se podría considerar que estos son relativamente estables (David Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F., 2005).

Aunque los síntomas del TOC pueden aparecer a cualquier edad, el inicio suele ser en la adolescencia o en la edad adulta temprana: el 50% desarrollan TOC antes de los 15 años, el 65% antes de los 25 años y es infrecuente el inicio después de los 40 años. En el caso de los hombres, el inicio del trastorno es más temprano que en el caso de las mujeres (Foghini, F., Roldán, L., 2010).

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, 2017), los síntomas más característicos son: aparición de pensamientos o imágenes repetidas, realización de rituales de manera perseverante, falta de control sobre pensamientos y comportamientos indeseados, falta de placer de tales comportamientos o rituales (aunque leve alivio de la ansiedad que provocan), el tiempo que le dedican a estos pensamientos o rituales causa interferencia en su vida cotidiana. Por lo general las personas con TOC pueden reconocer que las obsesiones y las compulsiones son irracionales y disfuncionales. Por otro lado, les adjudicaban un estado de poder respecto a sus comportamientos y acciones debido a la incapacidad para controlarlos, considerándolas independientes y autónomas (Rodríguez-Acevedo, A.,Toro-Alfonso, J., Martínez-Taboas, A, 2009)

Los pacientes con TOC presentan sesgos de tipo interpretativo y atencional ya que centran su actividad en sus propios pensamientos, lo que provocará fuertes reacciones de ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y motor (Carcedo LL ,2013).

En cuanto a nivel cognitivo, los individuos ansiosos presentan una hipervigilancia hacia la información amenazante y a interpretar los estímulos de naturaleza ambigua de forma más negativa. Llamamos sesgo a la tendencia de los individuos con ansiedad a atender selectivamente a la información autorreferente negativa relacionada con temas de vulnerabilidad y peligro (Sanz J, 1997). La ansiedad a nivel cognitivo se podría relacionar con un sesgo en la detección y procesamiento de la información amenazante aunque no se sabe en qué fase de éste procesamiento está el fallo: si es un problema de “detección” (captura atencional) de los estímulos negativos, o de fases posteriores de “desenganche” de la atención una vez detectada la información (Pacheco-Unguetti AP, Lupiáñez J, Acosta A, 2009).

Por otro lado, existe una tendencia de estas personas a pensar que los eventos negativos tienen mayor probabilidad de ocurrirles a ellos mismos que a los demás y a sobrestimar la percepción subjetiva de riesgo y amenaza, que incrementa cuando el estado emocional es congruente con la valencia del evento (Castillo MD, 2010).

Desde la neuropsicología clínica se considera que el TOC puede estar asociado a un déficit en el procesamiento de la información. Las funciones cognitivas, que son procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea como orientación, gnosias, atención, memoria, praxias, lenguaje o funciones ejecutivas, etc., más estudiadas en el TOC son la atención, la memoria y las funciones ejecutivas (Martínez-González, A.E., Piqueras-Rodríguez, J.A., 2008). En el caso de la atención se han visto déficits en la velocidad de procesamiento, amplitud atencional o capacidad para atender a un conjunto de estímulos relativamente amplios, y en la atención selectiva o frecuencia de la distracción provocada

por los estímulos irrelevantes, aunque se piensa que la inclusión de pacientes medicados, mediante inhibidores de la recaptación de la serotonina o benzodiazepinas, ha podido influir en los resultados. En cuanto al proceso cognitivo "funciones ejecutivas", que requiere de la habilidad de tener en cuenta todos los elementos de una situación, utilizar la información para planificar objetivos, crear estrategias y controlar o ajustar la conducta a los cambios del contexto), se ha encontrado que está alterado, debido a un déficit metabólico de los circuitos frontoestriatales, ya que esta función depende de la integridad de los sistemas frontales del cerebro. La disminución de la flexibilidad cognitiva y la inhibición de la respuesta pueden explicar algunos síntomas del TOC como los pensamientos intrusivos y la dificultad para inhibir compulsiones. En relación de la memoria, se han encontrado dificultades en memoria no verbal, entendida como la capacidad de aprender, de retener y de evocar imágenes u objetos nuevos, pero podría ser debido a que la información presentada está poco estructurada y a la dificultad que presentan estos pacientes para poner en práctica estrategias que organicen la información (Martínez-González, A.E., Piqueras-Rodríguez, J.A., 2008).

A nivel neurofisiológico, existen áreas cerebrales como la corteza prefrontal (CPF), el hipotálamo y la amígdala que se activan cuando la persona se enfrenta a un estímulo ansiógeno o estresante. El miedo y la ansiedad comparten diversos síntomas periféricos que permiten preparar al cuerpo para la acción, sin embargo la alteración de este sistema provoca la expresión perjudicial de la ansiedad. El proceso fisiológico periférico, como los cambios en la frecuencia cardíaca, vasos sanguíneos, glándulas sudoríparas y suprarrenales, sólo se da si es precedido por un proceso consciente, procesado por la corteza cerebral. El hipotálamo, estructura que forma parte del sistema límbico encargado del procesamiento emocional, se comunica recíprocamente con áreas de la corteza cerebral y hace que los aspectos conscientes y periféricos se afecten recíprocamente. Por otro lado, la amígdala es una estructura cerebral que, ante eventos ansiógenos y estresantes, produciría la activación del Eje hipotálamo pituitaria adrenal (HPA), que hace que aumenten los niveles de corticoesteroides en sangre. Las áreas principales implicadas en el proceso ansioso se pueden ver en la Figura 3 (Santana N, 2016):

Figura 3 Áreas alteradas e implicadas en la respuesta ansiógena

Sustancia gris periacueductal
Coordina respuestas autonómica y conductual (huida, lucha o paralización) frente al miedo Implicación en la analgesia ante el estrés agudo
Locus coeruleus
Principal núcleo noradrenérgico Respuesta neuroendocrina Reacción de alarma y la hipervigilancia
Hipotálamo
Hipotálamo lateral: actividad simpática (taquicardia, dilatación pupilar, palidez y elevación de la presión arterial) Hipotálamo paraventricular: respuesta endocrina (diarrea, micción, úlceras y bradicardia) Respuesta endocrina al estrés Factor liberador de corticotropina (CRF) Activación del eje hipotalámico hipofisario suprarrenal
Amígdala
Adquisición y procesamiento de la información del miedo Centro de integración de las respuestas autonómicas y endocrinas
Corteza prefrontal ventromedial, corteza cingulada anterior y corteza insular
Interpretación errónea de los estímulos amenazantes La ansiedad anticipatoria Componentes interoceptivos de miedo Predisposición ansiosa
Fuente: Elaboración propia

A nivel motor, las conductas de ansiedad se manifiestan de diferentes maneras. Puede aparecer inquietud motora: movimientos repetitivos, manipulación continua de objetos, movimientos rítmicos de las extremidades, moverse y hacer cosas sin una finalidad concreta, etc.; exceso de tensión muscular: temblores, paralización, dificultades de expresión verbal, movimientos torpes, etc.; conductas consumatorias que pueden reducir la activación fisiológica o cognitiva: comer y beber en exceso, realización de rituales compulsivos, etc.; conductas que muestran distress: conductas de evitación y/o escape, llanto, miedo, etc. (Cano-Viedel A, Miguel-Tobal JJ, 1999).

## 1.5 Pruebas y exámenes

### Pruebas psicológicas

- Escala Yale-Brown: ha significado un paso adelante en la evaluación de la severidad del TOC. Esta engloba 15 categorías en función de la expresión conductual o del contenido temático (Soriano GG, Belloch A, Morillo C, 2008)
- OCI-R: La versión revisada, queda constituida por 18 ítems agrupados en seis subescalas (Lavado, Comprobación, Orden, Neutralización, Acumulación y Obsesiones) (Malpica JM, Ruiz MV, Godoy A, Gavino A, 2009).
- MOCI: fue diseñado para investigar distintos tipos de síntomas en pacientes con rituales. Puedes obtener información de cuatro áreas distintas: comprobación, limpieza, enlentecimiento y duda. Se pueden extraer puntuaciones en cuanto a la interferencia, resistencia y síntomas y rasgos de personalidad (Murcia SJ, 2004).
- SCID-I: Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del Eje I, donde se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica, del DSM-IV (Inchausti F, Delgado RA, 2012).

### Pruebas electrofisiológicas

Estas son las técnicas más utilizadas (Garcell JR, Medina WR, 2009):

- EEG (Electroencefalograma): Se han encontrado tanto EEG normales como también anormalidades de actividad lenta por introspección visual, especialmente la actividad de tipo "theta". También se han encontrado alteraciones de bandas rápidas ("alfa") en medidas espectrales de banda ancha, encontrándose exceso de "alfa" en regiones cerebrales anteriores y medias.
- PRE-s (Potenciales relacionados con eventos): Se han encontrado alteraciones en los componentes N200 y P300b (amplitudes mayores y latencias más cortas), que se vinculan con una sobrefocalización atencional y una hipervigilancia cortical. Se ha relacionado la severidad de la sintomatología de este trastorno con la amplitud del componente P300, y su cronicidad con la amplitud del componente N200. La verificación excesiva que llevan a cabo es resultado de la sensación de que "algo no va bien".

## **Pruebas de Neuroimagen**

Estas son las técnicas de neuroimagen más empleadas en el estudio de la sintomatología del TOC (Martínez-González EA, Piqueras-Rodríguez AJ, 2010):

- PET (Técnica de potenciales evocados): anormalidad de activación en regiones orbitofrontal-estriatal-talámica. La severidad de los síntomas correlaciona positivamente con el aumento de la actividad en el córtex cingulado posterior y el hipocampo derecho.
- RMf (Resonancia magnética funcional): Se encuentra un aumento de los niveles de oxígeno en el córtex orbitofrontal bilateral, núcleo caudado derecho y los lóbulos temporales. Según la variante sintomatológica, se han encontrado alteraciones en el córtex orbitofrontal derecho y giro precentral izquierdo (síntoma de acumulación), área prefrontal ventromedial bilateral y núcleo caudado derecho (síntoma de contaminación-limpieza), regiones dorsales, tálamo y ganglios basales (obsesiones-comprobación), y disminución del flujo sanguíneo en el cuerpo estriado (síntoma de simetría-orden).

## **1.6 TOC y comorbilidad con otras enfermedades mentales.**

Es relativamente frecuente que las personas con TOC muestren trastornos mentales asociados del Eje I. Se ha visto que a lo largo de la vida de las personas con este trastorno, se presentan asociadas otras patologías mentales como el Trastorno Depresivo Mayor (67%), Fobia Simple (22%), Trastorno de ansiedad por separación (2%), Fobia Social (18%), Trastorno de Alimentación (17%), Dependencia Alcohol (14%), Trastorno por Angustia (12%) y Trastorno de la Tourette (7%) (Murcia SJ, 2004).

### **TOC y Trastorno de Conducta Alimentaria**

En la clínica se ha evidenciado una alta comorbilidad entre el TCA (Trastorno de Conducta Alimentaria) y el TOC y parece considerarse que es debido a una alteración del sistema serotoninérgico (Behar, A.R., Mónica Barahona I.M., Iglesias M.B., Casanova Z.D, 2008). Algunos síntomas cognitivos típicos del TOC como tendencia a interpretar errores como fallos, reacciones negativas ante estos, y dudas recurrentes sobre los actos llevados a cabo, están asociados a los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Se ha observado que a lo

largo de la vida de los sujetos diagnosticados de Anorexia nerviosa aparecían obsesiones y compulsiones en un 68% en el caso de subtipo restrictivo y en un 79,1% en el caso del subtipo purgativo. (Murcia SJ, 2004).

Se ha encontrado un 41% de prevalencia de TOC en pacientes con trastornos alimentarios mostrando ambos obsesiones y compulsiones con respecto al peso corporal, la figura y la conducta alimentaria. Los pacientes con TCA y TOC poseen un mayor grado de obsesiones y compulsiones en torno a la conducta alimentaria, la figura y el peso corporal. Estas manifestaciones se consideran intrusivas, se viven con ansiedad y estas manifestaciones reiterativas se viven con ansiedad y egodistonia, y dan lugar a rituales de manipulación de alimentos, pulcritud y orden ocupando gran parte de su tiempo (Behar AR, Mónica Barahona IM, Iglesias MB, Casanova ZD, 2008)

### **TOC y depresión**

Es difícil hacer un diagnóstico de TOC y Depresión ya que existe un solapamiento de los síntomas. Por un lado, las personas con TOC presentan una constelación de síntomas depresivos, y las personas depresivas presentan de manera frecuente rasgos obsesivos. En el 30% de los pacientes obsesivos aparecen episodios depresivos durante el curso de la enfermedad (Paredero PJ, 2002). Pueden aparecer en forma de depresión mayor o distimia, ya que algunas de las características de TOC como la rigidez, la tendencia al orden, la hiperconciencia o la escrupulosidad se han asociado a la personalidad premórbida de algunos tipos de depresiones (Vivanco FE, Ávila González M<sup>a</sup>J, Pardiñas GS, Amboage Paz M<sup>a</sup>T, González FC, Ventoso VC, Arias MD, 2012).

Por otro lado, se ha estudiado cómo el estrés y la depresión afectan al sistema inmunológico, produciendo un desajuste de los mecanismos de retroalimentación a causa de la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (Trucco M, 2002).

A pesar de estas similitudes, existen diferencias que pueden ayudar a hacer un diagnóstico diferencial como se muestra en la tabla Figura4 (Paredero PJ, 2002):

Figura 4

*Diferencias entre la clínica depresiva melancólica y el TOC*

Clínica depresiva	TOC
Trastorno afectivo (culpa) Pensamiento rumiativo monotemático Ideas o delirios melancólicos Lenguaje parco Tendencia a la inhibición No toma decisiones (autoestima) Posibles episodios maniacos Variaciones diurnas y estacionales Agresividad intrapunitiva Valoraciones de conjunto	Trastorno ideoafectivo (duda) Pensamiento rumiativo complejo Temas variados Lenguaje circular-redundante Tendencia al acto (rituales) No toma decisiones (duda) Excepcionales episodios maniacos No trastornos cronobiológicos Agresividad extrapunitiva Tendencia a hiperclasificar

Diseño: Elaboración propia

### TOC y Ansiedad

Unos de los cambios entre el DSM-IV-TR y DSM-5, es la consideración de englobar al TOC en la categoría de Trastornos de Ansiedad. El TOC, que está en los límites entre los trastornos de ansiedad y los depresivos, ha quedado integrado en el grupo "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados" junto con el Trastorno dismórfico corporal, Trastorno por acumulación, Tricotilomanía o el Trastorno por excoriación, entre otros.

La ansiedad es un componente principal en el TOC, ya que las obsesiones intrusivas provocan un componente elevado de ansiedad que el individuo intenta reducir a través de rituales y comportamientos estereotipados. Estos rituales muchas veces se convierten en automatismos que y pueden aumentar esta ansiedad en lugar de disminuirla (Santana N, 2016).

### TOC y Adicciones

En el mundo de la adicción, las características de una persona que tiene conductas adictivas como el pensamiento continuo o el "*craving*" por la sustancia o droga presentan cierta relación con el TOC en cuanto al contenido obsesivo (Vivanco, F.E., Ávila González, M<sup>a</sup>.J., Pardiñas, G.S., Amboage Paz, M<sup>a</sup>.T., González, F.C., Ventoso, V.C., Arias, M.D, 2012). El

*craving* en el mundo de las drogodependencias se conceptualiza como el "ansia", "deseo" o "pensamiento obsesivo" de volver a experimentar los efectos de la droga, para buscar el alivio frente a las consecuencias del síndrome de abstinencia, y disminuir la ansiedad que provoca (Castillo, I.I., Bilbao, C.N, 2008).

Se ha estudiado que presentar este tipo de trastorno puede aumentar el riesgo de adquirir una drogodependencia ya que la prevalencia de personas con TOC que consumen alguna droga a lo largo de su vida es del 32,8%.

Esto está fundamentado con una base neurocientífica ya que en ambas patologías existe una disfunción en los circuitos de neurotransmisión como en el sistema dopaminérgico, serotoninérgico y opioide (Vivanco, F.E., Ávila González, M<sup>a</sup>.J., Pardiñas, G.S., Amboage Paz, M<sup>a</sup>.T., González, F.C., Ventoso, V.C., Arias, M.D, 2012)

# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## 2. Patrones disfuncionales de Mayor y Gordon en el TOC

Respecto a la elección entre el modelo teórico de V. Henderson y el modelo de patrones funcionales de Mayor y Gordon, he decidido elegir los patrones funcionales de Gordon porque permite una actuación más integral ampliando las actuaciones independientes de los profesionales de enfermería, mientras que los parámetros de valoración según el modelo teórico de Virginia Henderson no determina ningún patrón que cubra la parte psicológica o emocional del paciente siendo una valoración muy enfocada desde el punto de vista biológico-fisiológico. Esta dimensión no valorable en el modelo de V. Henderson es de gran importancia en el TOC. El método de la valoración a través de estos patrones funcionales tiene gran valor en el ámbito de la atención primaria ya que permite una sistematización en el manejo de la información y la posterior toma de decisiones al diagnóstico.

La elaboración de los ítems que componen la escala final de este trabajo (Anexo 1) se ha realizado basándose, por un lado, en el listado de diagnósticos NANDA y, por otro, en la literatura y ciertas escalas existentes y utilizadas en la clínica para valorar diferentes aspectos deficitarios relacionados con la patología del TOC.

A continuación procederé a describir cada patrón disfuncional en el TOC:

### 2.1 Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud

En este patrón se valora la percepción que tiene el paciente en cuanto a su salud (mantenimiento, recuperación, etc.) y bienestar, la adherencia a las prácticas terapéuticas y las medidas preventivas para favorecer la salud (hábitos higiénicos, vacunaciones, etc.) (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010).

Basándonos en la literatura, en la Figura 5 se pueden ver los posibles diagnósticos que pueden presentar las personas con TOC y que hacen disfuncional el patrón "Percepción-Manejo de la Salud".

En los distintos patrones disfuncionales se recoge entre paréntesis, si alguna de las características definitorias de cada diagnóstico son específicas de una tipología de TOC.

Figura 5

*Disfunciones en el patrón Percepción-Manejo de la Salud: diagnósticos enfermeros*

Riesgo de infección
<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración de la integridad de la piel (TOC subtipo contaminación)</li><li>- Tabaquismo y otras drogas</li><li>- Alteración del peristaltismo</li><li>- Inmunosupresión</li></ul>
Riesgo de lesión
<ul style="list-style-type: none"><li>- Compromiso de la fuente nutricional (Si comorbilidad con TCA)</li><li>- Alteración de las inclinaciones afectivas</li><li>- Alteración de la función cognitiva</li><li>- Deterioro de los mecanismos de defensa primaria (trastornos relacionados según DSM5)</li><li>- Disfunción autoinmune</li><li>- Malnutrición (TOC relacionado con TCA)</li></ul>
Riesgo de intoxicación
<ul style="list-style-type: none"><li>- Acceso a agentes farmacológicos (efecto adictivo de los fármacos)</li><li>- Acceso a drogas ilícitas, potencialmente contaminadas con aditivos venenosos (si comorbilidad con drogodependencias)</li><li>- Alteración emocional</li><li>- Alteración de la función cognitiva (consecuencias neuropsicológicas)</li><li>- Conocimientos insuficientes de los agentes farmacológicos</li><li>- Conocimientos insuficientes de la prevención de la intoxicación (comorbilidad con adicciones)</li></ul>
Gestión ineficaz de la salud
<ul style="list-style-type: none"><li>- Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud (si falta de insight/conciencia del déficit)</li><li>- Dificultad con el régimen terapéutico prescrito (si falta de insight/conciencia del déficit)</li><li>- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo (si falta de insight/conciencia del déficit)</li><li>- Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria (si falta de insight/conciencia del déficit)</li></ul>
Mantenimiento ineficaz de la salud
<ul style="list-style-type: none"><li>- Apoyo social insuficiente</li><li>- Ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno</li></ul>

- 
- Desinterés por mejorar las conductas de salud
  - Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo prácticas básicas de salud
  - Patrón de falta de conducta de búsqueda de salud
- 

#### Riesgo de contaminación

---

- Prácticas de higiene doméstica inadecuadas (TOC subtipo acumulación)
  - Prácticas de higiene personal inadecuadas
- 

Fuente: Elaboración propia

Es conveniente incluir en la escala ítems que puedan detectar el posible consumo o policonsumo en este tipo de pacientes. Para ello se han seleccionado algunos ítems de la escala "Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias: ASSIST" (Organización Mundial de la Salud, 2011). Por otro lado, también se han incluido ítems para valorar la adicción al juego, seleccionados del "Cuestionario de Detección de Juego Patológico" (Salinas Martínez JM, Roa Venegas JM, 2002).

Los ítems para valorar la conciencia del déficit (insight) en los diagnósticos "Gestión ineficaz de la salud" y "mantenimiento ineficaz de la salud" (del patrón: percepción-manejo de la salud) se han sacado y adaptado de la escala SUMD (Scale of Unawareness of Mental Disorder):

## **2.2 Patrón 2: Nutricional-Metabólico**

En este patrón se describen los tipos de consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas del sujeto, así como los diferentes horarios de comidas, las preferencias nutricionales, y los suplementos alimenticios, los problemas relacionados con la ingesta, englobando también el peso, talla, y temperatura.

También valora la condición del estado de la piel, mucosas y las membranas. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 6 se pueden ver los diagnósticos enfermeros de este patrón:

Figura 6

*Disfunciones en el patrón Nutricional-Metabólico: diagnósticos enfermeros*

---

Deterioro de la integridad tisular
- Lesión tisular (TOC subtipo de limpieza)
- Factor mecánico
- Lesión por agente químico

---

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Lesión por agente químico
- Factor mecánico
- Factor psicogénico
- Inmunodeficiencia (el estrés asociado al TOC produce inmunosupresión)

---

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
- Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)
- Percepción errónea

---

Fuente: Elaboración propia

El lavado de manos del TOC puede conllevar a daños en la piel y a la llamada "dermatitis del ama de casa" al realizar lavados frecuentes con detergentes o jabones (Cuadra JE, 2012)

Otro signo que se pueden dar como consecuencia del estrés prolongado en alguno de estos pacientes es la aparición de algunos tipos de dermatitis (De Luca P A, Sánchez AME, Olan GP, Leija Salas LL, 2004) o ser un factor precipitante que actúa sobre la base de factores genéticos o inmunológicos (Tapia GA, González-Guerra E, 2011)

Como se ha comentado en apartados anteriores, existe una alta comorbilidad en la clínica entre el TOC y el TCA (Behar, A.R., Mónica Barahona I.M., Iglesias M.B., Casanova Z.D, 2008), y por ello resulta conveniente incluir en la escala ítems que pueda detectar un posible trastorno de la conducta alimentaria como por ejemplo la Anorexia. Para ello se han revisado algunos ítems del test "Eating attitudes test" (Castro J, ToroJ, Salamero M, Guuimera E, 1991)

## 2.3 Patrón 3: Eliminación

Describe las funciones de eliminación del organismo, excretoras, tanto a nivel intestinal, como urinario y de la piel. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 7 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 7

*Disfunciones en el patrón Eliminación: diagnósticos enfermeros*

---

Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196)
- Dolor abdominal
- Ansiedad
- Retortijones abdominales
- Cambio en los ruidos intestinales

---

Fuente: Elaboración propia

Es bien sabido que el estrés y la ansiedad producen en el sistema digestivo y el colon un aumento de la motilidad gastrointestinal, produciéndose una vasoconstricción, y una disminución en el vaciamiento gástrico (Porcelli, P., O. Todarello, 2007).

## 2.4 Patrón 4: Actividad- ejercicio

En este patrón se valora la actividad del sujeto, las actividades de ocio y tiempo libre, el tipo de requerimiento que necesita para las actividades de la vida diaria, esto engloba, la higiene compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.

También valora la capacidad funcional del sujeto, describiendo el tipo, cantidad y calidad del ejercicio (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 8 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura8

*Disfunciones en el patrón Actividad-ejercicio: diagnósticos enfermeros*

---

Patrón respiratorio ineficaz (00032)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad</li><li>- Taquipnea</li><li>- Hiperventilación</li><li>- Patrón respiratorio anormal (frecuencia, ritmo y profundidad)</li></ul>

---

Fatiga (00093)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración de la libido</li><li>- Alteración de la concentración</li><li>- Apatia</li><li>- Aumento de los requerimientos de descanso</li><li>- Cansancio</li><li>- Culpabilidad por la dificultad en mantener sus responsabilidades</li><li>- Desinterés por el entorno</li><li>- Deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales</li><li>- Ejecución inefectiva del rol</li><li>- Ansiedad</li><li>- Depresión (si comorbilidad con Depresión)</li><li>- Factores estresantes</li></ul>

---

Deterioro del mantenimiento del hogar
<ul style="list-style-type: none"><li>- Entorno antihigiénico</li><li>- Dificultad para mantener un entorno confortable</li><li>- Riesgo de infecciones causado por condiciones antihigiénicas (TOC por acumulación)</li><li>- Riesgo de enfermedad causado por condiciones antihigiénicas (TOC por acumulación)</li></ul>

---

Déficit de autocuidado: alimentación
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansiedad</li><li>- Alteración de la función cognitiva</li><li>- Trastorno de la percepción (trastornos relacionado con el trastorno dismórfico corporal y TCA)</li></ul>

---

Disposición para mejorar el autocuidado
<ul style="list-style-type: none"><li>- Expresa el deseo de mejorar el autocuidado (en caso de bajo insight de la enfermedad)</li></ul>

---

- 
- Expresa el deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado (en caso de bajo insight de la enfermedad)
- 

Fuente: Elaboración propia.

## 2.5 Patrón 5: Sueño-descanso

En este patrón se valora el descanso del sujeto, la capacidad que tiene para conciliar el sueño, descansar o relajarse durante las 24 horas del día. También se valora la percepción que tiene la persona sobre su calidad del sueño y del descanso, así como su percepción del nivel de energía.

Valora también si el sujeto necesita medicación para conciliar el sueño y mantenerlo, o si realiza algún tipo de rutina para conseguir descansar. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 9 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 9

*Disfunciones en el patrón Sueño-descanso: diagnósticos enfermeros*

---

Insomnio
<ul style="list-style-type: none"><li>- Alteración en la concentración</li><li>- Aumento del absentismo</li><li>- Cambios de humor</li><li>- Cambios en el patrón del sueño</li><li>- Cambios en la emotividad</li><li>- Despertar temprano</li><li>- Dificultad para conciliar el sueño</li><li>- Dificultad para mantener el sueño</li><li>- Disminución de la calidad de vida</li><li>- Insatisfacción con el sueño</li><li>- Energía insuficiente</li><li>- Patrón del sueño no reparador</li></ul>

---

Trastorno del patrón del sueño
<ul style="list-style-type: none"><li>- Cambio en el patrón del sueño</li><li>- Despertares durante la noche</li></ul>

---

- 
- Dificultad para conciliar el sueño
  - Insatisfacción con el sueño
- 

Fuente: Elaboración propia.

En el TOC cabe suponer una alteración del sueño debido a que el neurotransmisor serotonina (5-HT), que está implicado en la generación del ciclo NREM-REM, forma parte de los desajustes fisiopatológicos del TOC. Estos pacientes parecen presentar una reducción del tiempo total de sueño, un incremento en la latencia del sueño y una disminución de la calidad del sueño (Navarro FJ, Dávila G, 1998).

## 2.6 Patrón 6: Cognitivo-perceptivo

Este patrón valora los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos del sujeto, es decir el nivel de conciencia. Si tiene conciencia de la realidad. La adecuación de los órganos de los sentidos también entran en este patrón. Así como valorar si utiliza uso de prótesis, percepción del dolor y tratamiento, uso correcto del lenguaje para comunicarse, el juicio y comprensión de las ideas y toma de decisiones. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 10 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 10

*Disfunciones en el patrón Cognitivo-perceptivo: diagnósticos enfermeros*

---

Conflicto de decisiones
<hr/>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Angustia mientras intenta tomar una decisión</li><li>- Incertidumbre sobre las posibilidades</li><li>- Retraso en la toma de decisiones</li><li>- Signos físicos de sufrimiento (ej. aumento de la frecuencia cardíaca, inquietud)</li><li>- Signos físicos de tensión</li><li>- Interferencia en la toma de decisiones</li></ul>
<hr/>
Deterioro de la memoria
<hr/>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Incapacidad para retener nueva información (por falta de estrategias de organización de la información y memoria no verbal)</li></ul>
<hr/>
Disposición para mejorar los conocimientos
<hr/>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Expresa deseo de mejorar el aprendizaje</li></ul>
<hr/>
Sufrimiento moral
<hr/>

- Decisiones sobre el tratamiento
Disposición para mejorar la toma de decisiones
- Expresa deseo de mejorar la toma de decisiones
Planificación ineficaz de las actividades
- Ansiedad excesiva ante la tarea a realizar
- Preocupación por la tarea a realizar
- Temor a la tarea a realizar
- Conducta de huida cuando se enfrenta a la solución propuesta
Disconfort
- Ansiedad
- Cambios en el patrón del sueño
- Incapacidad para relajarse
- Inquietud
- Irritabilidad
- Temor
- Suspiros
- Síntomas de malestar
Riesgo de trastorno de la identidad personal
- Autoestima baja
- Crisis situacional
- Enfermedad psiquiátrica
Deterioro de la toma de decisiones independiente
- Incapacidad de escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor al estilo de vida habitual
- Sentirse limitado al describir la propia opinión
Control emocional inestable (si comorbilidad con trastornos del estado de ánimo)
- Llanto
- Trastorno del estado de ánimo
- Alteración emocional

Fuente: Elaboración propia.

Los ítems para poder medir la posible disfunción de este patrón se realizarán a partir de las características definitorias de los diagnósticos detallados en la Figura 10 y de las escalas psicológicas para medir los síntomas y tipos de TOC, los trastornos psicológicos (Fred K y Berger M, 2016; Soriano G.G, Belloch A y Morillo C, 2008), los desajustes emocionales asociados (Paredero PJ, 2002; Vivanco FE, Ávila González M<sup>a</sup>J, Pardiñas GS, Amboage Paz

MªT, González FC, Ventoso VC, Arias MD, 2012) y los déficits neuropsicológicos(Martínez-González AE, Piqueras-Rodríguez JA, 2008)

## 2.7 Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.

Este patrón valora el autoconcepto del sujeto, y las percepciones que tiene sobre sí mismo, así como las actitudes, las percepciones de las capacidades que tiene a nivel cognitivo, afectivo o físicas. Su imagen corporal, y social, la idea de identidad del sujeto, el sentido general de valía, patrón emocional, valorando también el patrón de postura corporal y movimiento, si utiliza contacto visual o no, su patrón de voz y conversación son ítems que también se valoran dentro de este patrón. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 11 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 11

*Disfunciones en el patrón Autopercepción-autoconcepto: diagnósticos enfermeros*

---

Trastorno de la imagen corporal (si comorbilidad con TCA, trastorno dismórfico corporal)
- Alteración de la visión del propio cuerpo
- Conducta de vigilancia del propio cuerpo
- Oculta una parte del cuerpo
- Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo
Baja autoestima situacional
- Conducta indecisa
- Subestima su habilidad para gestionar la situación
- Verbalizaciones de negación de si mismo
Desesperanza (si comorbilidad con Depresión)
- Cambios en el patrón de sueño
- Claves verbales pesimistas
- Contacto ocular escaso
- Implicación en el cuidado inadecuada
- Aislamiento social
- Estrés crónico
Impotencia
- Sentido de control insuficiente
Riesgo de violencia autodirigida

---

- 
- Aislamiento social
  - Conflicto en las relaciones interpersonales
  - Ideas suicidas
  - Plan suicidas
  - Depresión
- 

#### Ansiedad

---

- Angustia
  - Aprensión
  - Incertidumbre
  - Irritabilidad
  - Nerviosismo
  - Sobreexcitación
  - Temor
  - Cavilación
  - Alteración en la concentración
  - Disminución de la habilidad de aprendizaje
  - Falta de memoria
  - Preocupación
  - Hipervigilancia
  - Inquietud
  - Insomnio
  - Aumento de la sudoración
  - Aumento de la tensión
  - Temblor
  - Cambios en el patrón de sueño
  - Diarrea
  - Dolor abdominal
  - Fatiga
  - Mareos
  - Aumento de la frecuencia cardíaca
  - Aumento de la tensión arterial
  - Palpitaciones
  - Sequedad de boca
- 

#### Temor

---

- Sentimientos de alarma
  - Tensión muscular
-

- 
- Conductas de evitación
  - Focalización limitada a la fuente del temor
  - Los estímulos se consideran una amenaza
- 

Fuente: Elaboración propia

Para completar la elaboración de los ítems en relación a este patrón, se han utilizado los criterios diagnósticos del “trastorno dismórfico corporal” del DSM-5 (APA, 2014) y algunas escalas para la valoración de la ansiedad como la “Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg” (Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al., 1993) y la “Escala de Ansiedad de Hamilton” (Lobo A, Camorro L, Luque A et al, 2002).

## **2.8 Patrón 8: Rol – relaciones**

En este patrón se valora el compromiso que tiene el sujeto sobre su rol, y sus relaciones con el medio que le rodea, es decir sus relaciones con las personas de su entorno, familia, amigos, compañeros de trabajo, universidad, colegio... Así como la percepción que tiene el sujeto sobre el lugar que ocupa en su familia y sociedad.

Las responsabilidades que tiene en la situación actual, y si su rol es satisfactorio en el ámbito familiar, del trabajo, o en relación con las relaciones sociales en general. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 12 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 12

*Disfunciones en el patrón Rol-relaciones: diagnósticos enfermeros*

Deterioro de la interacción social
- Insatisfacción con los compromisos sociales
- Disconfort en situaciones sociales
Aislamiento social
- Inseguridad en público
- Preocupación por los propios pensamientos
- Sentirse diferente a los demás
Desempeño ineficaz del rol
- Adaptación al cambio ineficaz
- Ansiedad
- Confianza insuficiente
- Depresión
- Estrategias de afrontamiento ineficaces

Fuente: Diseño propio.

Según el DSM-5 uno de los criterios para el diagnóstico es el malestar clínicamente significativo que siente la persona o el deterioro que se produce en los ámbitos más importantes de su vida como el laboral, el social o familiar (APA, 2014), por ello es importante elaborar ítems que puedan reflejar un deterioro en la interacción de esas áreas funcionales.

## 2.9 Patrón 9: Sexualidad-reproducción

En este patrón se valora el nivel de satisfacción o insatisfacción de la persona en referencia a la sexualidad, si existe o no alguna alteración en la sexualidad o en las relaciones sexuales.

El nivel de seguridad y precauciones debidas en las relaciones sexuales con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual, o embarazos no deseados.

Engloba la valoración en la mujer en la premenopausia y posmenopausia, pero en referencia al TOC estos ítems no serán valorados. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 13 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 13

*Disfunciones en el patrón Sexualidad-reproducción: diagnósticos enfermeros:*

---

Patrón sexual ineficaz

---

- Conflicto de valores (TOC subtipo religioso)
  - Temor a las infecciones de transmisión sexual (TOC subtipo contaminación)
- 

Disfunción sexual

---

- Alteración de la actividad sexual
  - Alteración de la satisfacción sexual
  - Disminución del deseo sexual
- 

Fuente: Elaboración propia

Este patrón podría estar alterado debido a los problemas de impotencia que causa el estrés crónico (De Luca PA, Sánchez AME, Olan GP, Leija Salas LL, 2004) y los síntomas genitourinarios producidos por la ansiedad (Lobo A, Camorro L, Luque A, et al., 2002).

## **2.10 Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés**

En este patrón se valora las formas o estrategias que tiene el sujeto para afrontar el estrés, y otros patrones de su vida. Las respuestas que el paciente manifiesta en situaciones estresantes y la forma que tiene para manejar estos momentos de tensión.

Es importante valorar también la capacidad que tiene de adaptarse a los cambios, así con el apoyo individual y familiar con el que cuenta el individuo y las habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010). En la Figura 14 se muestran los diagnósticos de este patrón:

Figura 14

*Disfunciones en el patrón Adaptación-tolerancia al estrés: diagnósticos enfermeros*

Afrontamiento ineficaz del estrés

- Alteración en la concentración
- Abuso de sustancias
- Capacidad de solución de problemas insuficientes
- Dificultad para organizar la información
- Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Fatiga

Disposición para mejorar el afrontamiento

- Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés
- Expresa deseo de mejorar el manejo de los estresores
- Expresa el deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones
- Expresa el deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas

Fuente: Elaboración propia

En psicología se defiende que una buena inteligencia emocional favorece el afrontamiento del estrés y una adecuada gestión de las emociones mediante estrategias de reflexión, evaluación y planificación, en cambio, la aplicación de estrategias de supresión de pensamientos, rumiación, evitación y auto-culpabilidad serían desadaptativos (Pintado, S.I, 2015). Es necesario incluir ítems en la escala para valorar si el sujeto tiene conocimiento de las propias emociones y realiza una buena expresión emocional.

## **2.11 Patrón 11: Valores – creencias**

En este patrón se tienen en cuenta los valores y creencias que tiene la persona y que le guían en las decisiones de su vida cotidiana, así como lo que el sujeto considera como lo correcto, como lo que está bien y lo que está mal, así como lo que el sujeto considera importante en su vida. Se valora si existe un conflicto de fuerzas en sus creencias o expectativas relativas a su salud, es decir se valora las decisiones que toma en referencia a su tratamiento, sus prioridades de salud, vida o muerte. (Álvarez Suarez LJ, Arévalo CF, Fidalgo DF, Fidalgo FD, Meléndez MM, 2010).

Figura 15

*Disfunciones en el patrón Valores-creencias: diagnósticos enfermeros*

---

Sufrimiento espiritual

---

- Ansiedad
  - Cuestionamiento de la identidad
  - Cuestionamiento del sentido de la vida
  - Estrategias de afrontamiento ineficaces
- 

Fuente: Elaboración propia

## **Justificación**

El proyecto que se expone a continuación, es la creación de una herramienta de uso clínico para los profesionales de enfermería enfocada a la evaluación de una manera integral de los pacientes con TOC. Como novedad incluye que, a raíz de una descripción extensa de la enfermedad, se realiza la creación de una escala tipo Likert, en la que cuenta con una base de información que se ha buscado, más la experiencia de la enfermedad del autor de este trabajo, para discernir qué patrones de Mayor y Gordon se ven afectados en el TOC.

El trabajo con esta escala posibilitará a los enfermeros realizar unas intervenciones de enfermería muy enfocadas a restaurar los patrones disfuncionales que se ven afectados por la sintomatología del TOC, y al mismo tiempo reevaluar la sintomatología una vez hechas las intervenciones de enfermería, para asegurarnos que se están cumpliendo los objetivos enfermeros.

El proyecto del presente trabajo consiste en realizar la validación de esta escala como herramienta clínica. Para ello se realizará un estudio de investigación con un grupo de pacientes con TOC. Esta muestra serviría para la validación estadística del instrumento que administrado antes y después de una intervención enfermera detectar de manera fiable la problemática inicial de partida y la evolución posterior de los síntomas en este trastorno psiquiátrico.

### **3. Construcción de la escala de valoración de patrones disfuncionales en el trastorno obsesivo-compulsivo (EVPD-TOC)**

#### **3.1 Selección de los ítems de la escala.**

La selección y enunciado de los ítems de la escala se ha realizado analizando cada patrón de los 11 patrones expuestos por Mayor y Gordon, junto con la literatura en referencia al TOC en cuanto a sus síntomas, signos, comorbilidades con otras enfermedades y su impacto en su vida diaria, para definir cuáles son los patrones deficitarios en este trastorno.

Por tanto, los ítems recogen información para intentar analizar si el paciente presenta o no, en ese momento, las características definitorias de un diagnóstico concreto que hacen que el patrón al que pertenecen resulte disfuncional. Todo ello con el objetivo principal de favorecer que el personal sanitario de enfermería pueda acotar todos los posibles diagnósticos existentes en los patrones más relevantes, y así poder detectar de manera más fiable el nivel de gravedad del trastorno y optimizar el proceso de valoración de la enfermedad.

#### **3.2 Construcción de la escala tipo Likert**

Para guiarnos en la creación de la escala hemos seguido los pasos y las instrucciones del procedimiento recogido en la "Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes" de Pedro Morales Vallejo (Vallejo MP, 2011).

En el presente trabajo se ha diseñado una escala para medir determinados rasgos, y ver el grado de presencia en el paciente de ese rasgo que queremos estudiar. Para ello, se redactan una serie de ítems, que sirvan de indicadores para medir de manera más precisa un constructo complejo, que en este caso es un diagnóstico enfermero.

Para desarrollar la escala, se han utilizado preguntas con varias opciones de respuestas en términos de frecuencia: casi nunca, de vez en cuando, a veces, normalmente, muy a menudo y siempre. Este tipo de respuestas se utilizan de manera habitual en la investigación. Aunque el número de respuestas en una escala tradicionalmente se ha

establecido en cinco, a mayor número de respuestas habrá mayor fiabilidad. En esta escala se ha elegido un número par de respuestas para evitar las respuestas centrales del paciente que reflejen una actitud de "indiferencia".

La construcción del instrumento ha seguido el modelo de una escala "tipo-Likert", siendo el sistema más sencillo y más utilizado hasta el momento. Se caracteriza por implementar grados de acuerdo/desacuerdo y actitudes como respuestas para ítems relativamente homogéneos.

En cada patrón valorable, se podrán agrupar los ítems en subescalas que corresponden a cada diagnóstico, que permitan medir aspectos distintos, de forma que podamos reflejar y representar en los ítems seleccionados todos los aspectos que queremos medir. Este tipo de división de la escala tiene una gran utilidad diagnóstica.

Los factores que evalúan esta escala y los indicadores de los mismos se exponen a continuación:

En el patrón 1 Percepción- Manejo de la salud se mide:

- Riesgo de infección: vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.
- Riesgo de lesión: Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud.
- Riesgo de intoxicación: Vulnerable a una ingestión o exposición accidental a drogas o productos peligrosos en dosis suficientes, que puede comprometer la salud.
- Cómo gestiona el paciente su salud: Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud.
- Riesgo de contaminación: Vulnerable a una exposición a contaminantes ambientales, que puede comprometer la salud.

Teniendo en cuenta los diagnósticos de este patrón, se han enunciado una serie de ítems que actúen como indicadores en la construcción de la escala. Se recogen a continuación en la figura 16 los ítems correspondientes al patrón 1.

#### ***PATRON 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD***

1. Creo que tengo alguna dificultad psíquica o emocional

2. Me he sentido inquieto o nervioso por no poder apostar en un juego de azar
3. Apuesto en los juegos de azar con más dinero de lo que tenía pensado antes de empezar.
4. Después de perder mi apuesta, siento que tengo que volver, lo antes posible a jugar para recuperar mis pérdidas.
5. He descuidado obligaciones personales o familiares por culpa de las puestas
6. He cometido hurtos, robos, u otros delitos para conseguir dinero con el que apostar en el juego.
7. He pedido dinero para poder seguir apostando en el juego
8. Las obsesiones y/o compulsiones han influido en mi entorno escolar, laboral o familiar
9. Tengo heridas en la piel a causa de un excesivo lavado.
10. Cuando estoy más nervioso o angustiado siento que me cambia el ritmo intestinal, acelerándolo.
11. Me siento más débil después de pasar por un periodo de estrés intenso.
12. Necesito disminuir mi dieta por miedo a coger más peso del que debería.
13. Tomo más medicación de la pautada.
14. Tengo ansiedad al disminuir la dosis de ansiolíticos.
15. Me pongo nervioso si no tomo la dosis de ansiolítico.
16. Sospecho que tengo adicción hacia un fármaco que me ha prescrito mi médico.
17. Me es realmente fácil conseguir fármacos sin necesidad de receta médica.
18. Cuando estoy triste por algún motivo, suelo recurrir a tomar más medicación de la pautada por mi médico.
19. Me siento bien tomando medicación extra por mi cuenta cuando me siento decaído.
20. Conozco bien los fármacos que mi médico me ha prescrito.

21. Sé lo que debo hacer en caso de tomar más dosis de un fármaco que mi médico me ha pautado.
22. Cuando me encuentro mal por algún motivo sé a dónde debo acudir.
23. Los profesionales de la salud me dicen que no estoy tomando correctamente los medicamentos pautados.
24. Muestro interés cuando me explican cómo tomar los fármacos que me pautan.
25. Ante un problema que pueda tener sé que tengo gente que me va a ayudar.
26. Me adapto bien a cualquier cambio que ocurra en mi entorno.
27. Siento que soy capaz de responsabilizarme de todas las prácticas que conllevan al mantenimiento favorable de mi salud.
28. Me intereso y busco información sobre mi enfermedad.
29. Donde vivo tengo todo limpio y ordenado.
30. En mi casa puedo deshacerme de objetos que estorban.
31. Puedo moverme con facilidad en mi domicilio.
32. Creo que la medicación ha disminuido las obsesiones y/o compulsiones

Figura 16: Indicadores disfuncionales del patrón 1. Elaboración propia

En el patrón 2 Nutricional- Metabólico se mide:

- Deterioro de la integridad tisular: Lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular y/o ligamento, que puede comprometer la salud.
- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 2, son los siguientes:

<b>PATRON 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>
1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. He tenido episodios recurrentes de atracones, sintiendo que no podía parar
3. Me he provocado el vómito después de comer
4. Hago mucho ejercicio para quemar las calorías
5. Los demás hacen referencia a mi delgadez
6. Utilizo una cantidad adecuada de jabón de manos
7. Me pica la piel en los momentos de más estrés
8. En los momentos de mi vida en los que estoy sometido a más estrés soy más propenso a coger enfermedades
9. A veces he utilizado productos de limpieza demasiado agresivos para mi piel
10. Una vez lavadas mis manos sigo notando que las tengo sucias
11. Necesito volver a lavar una zona de mi cuerpo específica por no tener la seguridad de que este limpia del todo.

Figura 17: Indicadores disfuncionales del patrón 2. Elaboración propia

En el Patrón 3 Eliminación se mide:

- Motilidad gastrointestinal disfuncional en el paciente con TOC: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 3, son los siguientes:

<b>PATRON 3: ELIMINACIÓN</b>
1. En los momentos de más estrés tengo dolores abdominales.
2. Durante un episodio de intenso estrés tengo que acudir al baño más cercano por tener

retortijones abdominales.
3. Noto que mi intestino está más acelerado de lo normal en momentos en los que tengo más ansiedad.

Figura 18: Indicadores disfuncionales del patrón 3. Elaboración propia

En el Patrón 4 Actividad- ejercicio se mide:

- Patón respiratorio ineficaz: Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.
- Fatiga: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.
- Deterioro del mantenimiento del hogar: Deterioro de la capacidad para el mantenimiento del hogar (p. ej., enfermedad, dolencia, lesión).
- Disposición para mejorar el autocuidado: Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 4, son los siguientes:

<b><i>PATRON 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO</i></b>
1. Noto que cuando estoy más nervioso me suelo marear
2. Respiro más deprisa cuando estoy nervioso
3. He perdido el deseo sexual
4. Me cuesta comenzar nuevas actividades
5. Suelo estar cansado la mayor parte del día
6. Pese a dormir muchas horas, sigo cansado
7. He dejado de realizar actividades que antes hacía
8. Me interesan las cosas que suceden a mí alrededor
9. Me siento culpable si no llevo a cabo mis obligaciones
10. Suelo mantener mi casa limpia

11. Me siento cómodo en mi hogar al tener todo recogido
12. Me preocupo por tirar la basura antes de que se descomponga la comida
13. Procuro ducharme diariamente
14. Cuando me observo en el espejo me siento bien
15. Paso largo tiempo buscando defectos en mi cuerpo
16. Me preocupa mi aspecto físico hasta el punto de generarme ansiedad
17. Estoy abierto a cualquier explicación que pueda ayudarme a mejorar mi salud
18. Me gustaría ampliar mis conocimientos sobre mi enfermedad

Figura 19: Indicadores disfuncionales del patrón 4. Elaboración propia

En el Patrón 5: Sueño-descanso, se mide

- Insomnio: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.
- Trastorno del patrón del sueño: Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 5, son los siguientes:

<i>PATRON 5: SUEÑO-DESCANSO</i>
1. Una vez me acuesto, tengo dificultad para quedarme dormido
2. Cuando me levanto, siento que no he descansado bien durante la noche
3. Me despierto durante la noche
4. Noto que me despierto antes de lo habitual
5. Cuando no descanso bien durante la noche noto que me cambia el humor durante el día
6. Cuando no descanso bien por la noche noto que no tengo suficiente energía durante el día.

Figura 20: Indicadores disfuncionales del patrón 5. Elaboración propia

En el Patrón 6 Cognitivo-perceptivo se mide:

- **Conflicto de decisiones:** Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.
- **Deterioro de la memoria:** Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.
- **Disposición para mejorar los conocimientos:** Patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición, que puede ser reforzado
- **Sufrimiento moral:** Respuesta a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.
- **Disposición para mejorar la toma de decisiones:** Proceso de toma de decisiones relacionado con los cuidados sanitarios que incluye conocimiento del afectado y/o consideración a normas sociales, que puede ser reforzado.
- **Planificación ineficaz de las actividades:** Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.
- **Disconfort:** Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.
- **Riesgo de trastorno de la identidad personal:** Vulnerable a una incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud.
- **Deterioro de la toma de decisiones independiente:** Proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible, teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.
- **Control emocional inestable:** Impulso incontrolable de expresión emocional exagerada e involuntaria.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 6, son los siguientes:

<b>PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO</b>	
1.	Tengo serias dudas acerca de cosas sencillas que hago diariamente
2.	Debo estar seguro de mis decisiones
3.	Cuando estoy haciendo algo pierdo la concentración

4. Me cuesta cambiar de una actividad a otra de forma eficaz
5. Me cuesta recordar cosas que acabo de aprender
6. Cuando voy al supermercado me acuerdo de todo lo que tengo que comprar
7. Olvido los detalles de un acontecimiento importante en mi vida.
8. Me gustaría tener más conocimientos en relación a mi enfermedad
9. Tengo dudas en cuanto al tratamiento de mi enfermedad
10. Me gustaría ampliar mis conocimientos en cuanto cómo manejar mis decisiones A menudo llego tarde porque no creo que llegue a hacer todas las cosas que tengo
11. Cometer un error es tan malo como fallar por completo
12. Suelo estar tranquilo y sin tensión
13. Me cuesta relajarme
14. Suspiro con facilidad
15. Me siento inferior a los demás
16. Estoy pasando por un momento difícil que me hace olvidar quién soy
17. Me cuesta escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor a mi estilo de vida
18. Tengo problemas para describir mis opiniones
19. Llora y me siento triste
20. Siento que el futuro es esperanzador
21. Me siento una persona fracasada
22. Las cosas que me gusta hacer me producen el mismo placer que antes
23. Me siento culpable de todo lo que me sucede

Figura 21: Indicadores disfuncionales del patrón 6. Elaboración propia

En el Patrón 7 Auto percepción – autoconcepto se mide:

- Trastorno de la imagen corporal: Confusión en la imagen mental del yo físico
- Baja autoestima situacional: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- Riesgo de violencia autodirigida: Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.
- Impotencia: Experiencia vivida de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado.

- Desesperanza: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.
- Ansiedad: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
- Temor: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Los ítems enunciados para valorar el patrón 7, son los siguientes:

<b><i>PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</i></b>
1. Siento que mi cuerpo tiene imperfecciones
2. Comparo mi cuerpo con el de otras personas
3. Oculto las partes de mi cuerpo que no son de mi agrado
4. Me cuesta tomar decisiones
5. Soy capaz de superar las situaciones más difíciles para mí
6. Creo que soy capaz de hacer cualquier cosa que me proponga
7. Me cuesta mirar a los ojos de la gente
8. Me gusta estar rodeado de gente
9. Cuando algo me sale mal, no le doy importancia
10. Cuando me siento deprimido, descuido mi autocuidado
11. Me agobio con facilidad ante situaciones difíciles
12. Suelo mantener el control de las situaciones
13. Me gusta estar solo
14. En mis relaciones sociales mantengo una actitud asertiva
15. He pensado en suicidarme
16. He ideado un plan suicida

17. Siento que nada en mi vida importa
18. Estoy nervioso o en tensión
19. Tengo problemas para relajarme
20. Tengo dolores de cabeza o de nuca
21. Me cuesta concentrarme en las tareas que hago
22. Me siento irritable y preocupado
23. Tengo taquicardias, palpitaciones o dolor en el pecho
24. Tengo opresión en el pecho, sensación de ahogo o suspiros
25. Tengo temblores, sensación de hormigueo, rigidez muscular o visión borrosa
26. Tengo muchas ganas de ir al baño
27. Tengo la boca seca, tendencia a sudar, palidez o vértigos
28. Pienso que algo malo va a ocurrir
29. Evito situaciones que me provocan malestar
30. Pienso constantemente en aquello que me asusta
31. La gente considera inofensivas cosas que para mí son una amenaza

Figura 22: Indicadores disfuncionales del patrón 7. Elaboración propia

En el Patrón 8: Rol – relaciones, se mide:

- Deterioro de la interacción social: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.
- Aislamiento social: Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador.
- Desempeño ineficaz del rol: Soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros y como un estado negativo o amenazador

Los ítems enunciados para valorar el patrón 8, son los siguientes:

<i>PATRON 8: ROL-RELACIONES</i>
1. Me cuesta asistir a eventos y compromisos familiares
2. Me siento incomodo cuando estoy rodeado de gente
3. Me siento cómodo hablando en público
4. Cuando estoy con más personas pienso mucho lo que quiero decir
5. Me siento diferente a los demás
6. Me cuesta adaptarme a las nuevas situaciones
7. No hago las cosas por temor a que salgan mal
8. Me siento triste y sin ganas de hacer nada
9. Evito enfrentarme a las situaciones difíciles
10. Pienso que el futuro es esperanzador
11. Puedo conseguir lo que realmente deseo

Figura 23: Indicadores disfuncionales del patrón 8. Elaboración propia

En el Patrón 9: Sexualidad-reproducción, se mide:

- Disfunción sexual: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado
- Patrón sexual ineficaz: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad

Los ítems enunciados para valorar el patrón 9, son los siguientes:

<i>PATRON 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</i>
1. Tener relaciones sexuales fuera del matrimonio va en contra de mis principios
2. Tengo miedo a las relaciones sexuales por que puedo contraer una infección de transmisión sexual
3. Pienso que ninguna medida preventiva es suficiente para evitar el contagio
4. Durante los últimos 6 meses ha sido imposible la penetración
5. Llego al orgasmo durante el acto sexual
6. Durante el último mes ha sido fácil excitarme sexualmente
7. Siento placer durante el acto sexual
8. He sentido miedo, inquietud o ansiedad durante el acto sexual

Figura 24: Indicadores disfuncionales del patrón 9. Elaboración propia

En el Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés, se mide:

- Afrontamiento ineficaz del estrés: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles
- Disposición para mejorar el afrontamiento: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado

Los ítems enunciados para valorar el patrón 10, son los siguientes:

<i>PATRON 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS</i>
1. Me cuesta concentrarme y encontrar una solución a los problemas
2. Consumo drogas cuando tengo algún problema para evadirme o relajarme
3. No soy capaz de solucionar mis problemas sin ayuda
4. Tengo las ideas claras para saber cómo actuar
5. Me cuesta organizar mis pensamientos para tomar decisiones
6. Siento miedo ante ciertas cosas que la gente considera normales
7. Me doy cuenta del estado emocional en que me encuentro
8. En este momento se cuál es mi estado emocional
9. Normalmente pienso acerca de mis sentimientos
10. Sé identificar las emociones de las personas con las que convivo
11. Controlo mis estados emocionales de ira o tristeza
12. Pienso que es bueno aprender a controlar mi estado emocional
13. Es importante reconocer qué cosas me irritan
14. Es bueno reconocer las emociones
15. Que me enseñen cómo enfrentarme a mis problemas va a mejorar mi vida

Figura 25: Indicadores disfuncionales del patrón 10. Elaboración propia

En el Patrón 11: Valores – creencias, se mide:

- Sufrimiento espiritual: Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior

Los ítems enunciados para valorar el patrón 11, son los siguientes:

<i>PATRON 11: VALORES- CREENCIAS</i>
1. La religión es importante en mi vida
2. La religión me ayuda en momentos difíciles
3. Siento mucha tensión y preocupación la mayor parte del día
4. Tengo muy claro lo que quiero en mi vida
5. Creo que voy a conseguir mis objetivos en la vida
6. Creo que la vida que llevo tiene sentido
7. No comprendo el sentido del sufrimiento
8. Me hundo cuando tengo algún problema
9. Tengo capacidad de superación

Figura 26: Indicadores disfuncionales del patrón 11. Elaboración propia

Con todos los ítems enunciados anteriormente que cubren todos los patrones de Mayor y Gordon se construye finalmente la Escala de Valoración de Patrones Disfuncionales en el trastorno obsesivo-compulsivo (EVPD-TOC), que se recoge en el Anexo I

### **3.3 Validación de la escala**

El proyecto que se presenta tiene como finalidad la validación del instrumento creado. La escala debe considerarse una herramienta para medir constructos y dimensiones complejas, como en este caso son los aspectos psicopatológicos del TOC mediante rasgos subjetivos. Con ella mediremos dimensiones físicas, psicológicas y sociales que no se pueden medir directamente, por ello se comprobará que los ítems miden de forma válida y confiable la percepción subjetiva del paciente en dichas dimensiones. Esta escala será validada en una población de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, ya que la muestra debe representar la población a la cual deberán extrapolarse los resultados.

### **3.4 Muestra**

La muestra que se recogerá para llevar a cabo esta validación serán pacientes diagnosticados de TOC que estén actualmente en tratamiento psiquiátrico o psicológico, independientemente de la tipología del TOC, y su grado de afectación. La edad mínima de los sujetos será de 16 años en adelante, puesto que la creación de esta escala está enfocada prioritariamente a personas adultas y adolescentes.

La selección de la muestra se llevará a cabo en colaboración con el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), ya que los participantes serán usuarios de hospitales públicos y privados de la comunidad de Madrid, así como hospitales de día de adultos y adolescentes, que asistan a pacientes de este tipo. Será necesario obtener una muestra de gran tamaño para poder validar una escala con un número elevado de ítems.

Por lo tanto la muestra será heterogénea y recogerá tanto pacientes hospitalizados en unidades de agudos, como pacientes que siguen un tratamiento de manera ambulatoria, pretendiendo con ello captar la mayor variabilidad posible de los afectados por esta patología.

### **3.4 Recogida de datos**

Las respuestas a la escala serán recogidas en cada uno de los servicios a los que acude el paciente, el enfermero será el profesional responsable de administrar la escala a los sujetos.

La captación de los sujetos se realizará previo consentimiento informado también por el personal de enfermería cuando acuda a consulta, siempre antes de la misma.

Se informará al participante del objeto de la recogida de datos asegurándole que no forma parte de su proceso terapéutico y que tiene solo fines investigadores, dándole todos los detalles del objeto del estudio.

En el proceso de administración de la escala se controlarán todas las variables externas que puedan influir en los resultados.

Un factor a controlar es la no modificación de la dosis de la medicación pautada en el momento de cumplimentar el cuestionario que se hará solo en participantes con tratamiento farmacológico estable, debido a los efectos secundarios de los fármacos que puedan surgir y que puedan alterar el estado basal de cada uno de los sujetos.

Antes de cumplimentar la escala, cada uno deberá firmar una hoja de consentimiento informado aceptando las condiciones del proyecto. Para evitar el sesgo del evaluador, será siempre el mismo enfermero quien administre la escala a los sujetos.

Después de la administración de la escala, se llevará a cabo la intervención enfermera al paciente en cada uno de los patrones disfuncionales, y pasados 6 meses, se volverá a administrar la escala para ver la evolución en cada una de las áreas.

### **3.5 Análisis de datos**

La escala se presentará a un grupo focal de expertos para valorar la validez de constructo; posteriormente la propuesta de escala se administrará a la muestra y con los datos resultantes se aplicarán técnicas de análisis de fiabilidad y análisis factorial de componentes principales.

Una vez seleccionados los mejores ítems que se ajusten a los aspectos teóricos evaluados se realizará un análisis factorial exploratorio (AFE) que ponga de manifiesto los factores del

instrumento y si estos coinciden con los factores teóricos sobre lo que se ha construido esta escala.

La validación de la escala se llevará a cabo solo con las respuestas al cuestionario inicial.

Si el proyecto tiene la capacidad de recoger la segunda medición, se podrá comparar las puntuaciones de la escala del pre y del post después de la intervención lo que supondría una segunda fase del proyecto, que en una investigación futura valoraría los cambios producidos por la intervención de enfermería. Pero esta fase es solo una indicación de investigaciones futuras y no forma parte del presente trabajo de investigación, en el que nos centramos solo en la construcción y validación de un instrumento de gran utilidad en el diagnóstico enfermero.

### **3.6 Consideraciones éticas**

El presente proyecto remitido al comité de ética de investigación clínica correspondiente para su estudio y aprobación en cumplimiento de la ley de investigación biomédica 14/2007, de 3 de julio, y respetándose los principios de la declaración de Helsinki.

El estudio se llevara de acuerdo a las normativas nacionales e internacionales de buenas prácticas vigentes. Se elaborará un documento de información que asegura la confidencialidad de los datos ya que toda la información recogida será anónima, siendo codificada con un número. El proceso de anonimización permite que deje de ser posible establecer nexo entre el dato y el sujeto. Del mismo modo el tratamiento de datos personales se garantizará atendiendo a la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. El investigador principal se compromete a que estas consideraciones sean llevadas a cabo a lo largo del proceso de investigación.

### **3.7 Limitaciones del estudio**

Una limitación de este estudio comienza con la obtención de una muestra de gran tamaño para poder validar la escala, que, por otro lado, solo tendrá participantes de la comunidad de Madrid.

Por otro lado, un instrumento de este tipo que mide percepciones que deben expresar los participantes está sujeto a otras variables que condicionen sus respuestas, difíciles de controlar, aun así, consideramos que la aportación con esta escala sería relevante para la enfermería para el diagnóstico y manejo de estos pacientes.

Este proyecto debe contar con un gran número de enfermeros en los que su implicación y responsabilidad debe estar asegurada.

## Bibliografía

Álvarez Suarez, L.J., Arévalo, C.F., Fidalgo, D.F., Fidalgo, F.D., Meléndez, M.M. (2010). *Manual de valoración de los patrones funcionales*. Asturias: Dirección de Enfermería de Atención Primaria.

Andrés-Perpiñá, S., Lázaro-García, L., Canalda-Salhi, G., Boget-Llucà, T. (2002). Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivocompulsivo. *Rev Neurol*, 35 (10), 959-963.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.

Behar, A.R., Mónica Barahona I.M., Iglesias M.B., Casanova Z.D. (2008). Eating disorders and obsessive-compulsive disorder: A prevalence study. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 46 (1), 25-34.

Carcedo, L.L. (2013). *Validación del inventario de actividad cognitiva en los trastornos de ansiedad, subescala para el trastorno obsesivo-compulsivo (IACTA-TOC)* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.

Cano-Viedel, A., Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea*, 6(1), 14-21.

Castillo, M.D. (2010). Sesgo de interpretación de información ambigua en la ansiedad. *XI Congreso Virtual de Psiquiatría.com – Interpsiquis*, 1-28.

Castillo, I.I., Bilbao, C.N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., Guuimera, E. (1991) The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish versión. *Psychological Assessment*, 7(2), 175-190

Cuadra, J.E. (2012). Afecciones dermatológicas y atención primaria. Revista electrónica de portales médicos.com. Recuperado de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4180/2/Afecciones-dermatologicas-y-atencion-primaria>

David Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F. (2005). A Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 162 (2), 228-238.

De Luca, P. A., Sánchez, A.M.E., Olan. G.P., Leija Salas,L.L. (2004). Medicina integral del estrés crónico. *Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica*, 25(1), 60-66

Foghini, F., Roldán, L. (2010). Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Hacia Un Modelo Integrador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 19(1-2).

Fred, K., Berger. M. (2016). *Obsessive-compulsive disorder*. *MedlinePlus Medical Encyclopedia*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/ency/article/000929.htm>.

Garcell, J.R., Medina, W.R. (2009). Electroencefalograma y potenciales relacionados con eventos en el trastorno obsesivo compulsivo. *Salud Mental*, 32 (2),173-181.

Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Gómez, G.T. (2013). *Trastornos de la ansiedad y cuidados de enfermería*. Universidad de Almería: Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

Gonzalez-Santos, M., Vicente Alba, J., Fernández, R., Ortega Ruibal, F.J. y Sudupe, J.A. (2013). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 12, 156-158.

Inchausti, F., Delgado, R.A. (2012). Revisión de las medidas del trastorno obsesivo-compulsivo (toc). *Papeles de Psicólogo*, 33(1), 22-29.

Kodysz, S. (2004). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo (T.O.C.)*. Hojas clínicas de salud mental.

Lobo, A., Camorro, L., Luque, A., et al. (2002). Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-9.

Malpica, J.M., Ruiz, M.V., Godoy, A., Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicabilidad a la población general. *Anales de psicología*, 25(2), 217-226.

Martínez-González, E.A., Piqueras-Rodríguez, A.J. (2010). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en trastornos afectivos y de ansiedad mediante neuroimagen funcional. *Revista Neurología*, 50(3), 167-178.

Martínez-González, A.E., Piqueras-Rodríguez, J.A. (2008). Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo. *Rev Neurol*, 46 (10), 618-625.

Mataix-Cols, D., van den Heuvel, O.A., van Grootheest, D.S., Heyman, I. (2009). En Squire, L.R. (Ed.). *Obsessive-compulsive disorder: 1-8*. Encyclopedia of Neuroscience. Oxford: Academic Press.

Medline Plus Medical Encyclopedia. (2015). *Psychotic disorders*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/psychoticdisorders.html>.

Medline Plus Medical Encyclopedia. (2016). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/obsessivecompulsivedisorder.html>.

Montón, C., Pérez-Echevarría, M.J., Campos, R., et al. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, 12, 345-349.

Murcia, S.J. (2004). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos de la alimentación: Estudio comparativo de casos* (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona.

National Institute of Mental Health. (2017). *Cuando Pensamientos Indeseados Toman Control: Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>

Navarro, F.J., Dávila, G. (1998) Psicopatología y sueño. Trastornos por ansiedad. *Psicología Conductual*, 6(1), 103-114

Nestler, E.J., Hyman, S.E., Malenka, R. (2004). *Molecular neuropharmacology. A foundation for clinical neuroscience*. 2 ed. New York: McGraw Hill Medical.

NNNConsult. (2015). *Manual de uso. Taxonomías NANDA, NOC, NIC. Planes de cuidados*. Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com>

Núñez-Peña, M.I, Corral, M.J., Escera, C. (2004). Potenciales evocados cerebrales en el contexto de la investigación psicológica: una actualización. *Anuario de Psicología*, 35 (1), 3-21.

Pacheco-Unguetti, A.P., Lupiáñez, J., Acosta, A. (2009). Atención y ansiedad: relaciones de la alerta y el control cognitivo con la ansiedad rasgo. *Psicología*, 30, 1-25.

Paredero, P.J. (2002). Relación del TOC con los trastornos afectivos. La importancia del control de la sintomatología depresiva en los estudios con pacientes obsesivos. *Psiquiatría.com*, 6(5).

Pintado, S.I. (2015). *Relación entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés* (trabajo de fin de grado). Universidad de Salamanca.

Pons, T.C. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 112.

Porcelli, P., O. Todarello. (2007). "Psychological factors affecting functional gastrointestinal disorders." *Adv Psychosom Med*, 28, 34-56.

Quiroz-G, Y.T. (2003). N400: una medida electrofisiológica del procesamiento semántico. *Rev Neurol*, 36 (12), 1176-1180.

Rigol, C. (2003). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría*. Barcelona: Masson

Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J., Martínez-Taboas, A. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20 (7-32).

Salud ECE. (2016). *Definición de egodistónico: Enciclopediasalud.com*. Recuperado de <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/egodistonico>.

Santana, N. (2016). Bases biológicas y moleculares del trastorno obsesivo-compulsivo. *Máster Universitario en Iniciación a la investigación en salud mental*.

Sanz, J. (1997). Sesgos atencionales en análogos subclínicos con depresión y ansiedad social. *Anuario de Psicología*, 74, 33-51.

Soriano, G.G., Belloch, A. y Morillo, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3(2), 65-84.

Tajmuchi, T.B. (2015). Características del Self en Pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo: una aproximación desde el Enfoque Integrativo Supraparadigmático. *Summa Psicológica*, 12(1), 111-120.

Tapia, G.A, González-Guerra, E. (2011). Dermatitis atópica. Actualizaciones el Médico. Recuperado de: <http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/dermatitis.pdf>.

Tirapu-Ustárriz, J., Ríos Lago, M., Maestu Unturbe, F. (2008). *Manual de neuropsicología*. Viguera editores.

Trucco, M. (2002). Stress and mental disorders: neurobiological and psychosocial aspects. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 40(2), 8-19. Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600002&script=sci_arttext)

Vallejo, M.P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Madrid, Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/Construcci%C3%B3n-de-cuestionarios-y-escalas-Morales-V.-Pedro-2011.pdf.pdf>

Vivanco, F.E., Ávila González, M<sup>a</sup>.J., Pardiñas, G.S., Amboage Paz, M<sup>a</sup>.T., González, F.C., Ventoso, V.C., Arias, M.D. (2012). Comorbilidad de pacientes con trastorno del espectro obsesivo ingresados en Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*

## Anexos

### Anexo I: Escala de valoración de patrones disfuncionales en el trastorno obsesivo-compulsivo (EVPD-TOC)

#### ESCALA DE VALORACIÓN DE PATRONES DISFUNCIONALES EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (EVPD-TOC)

Nombre:	
Edad:	
Sexo:	

En cada una de las preguntas siguientes, puntúe el número correspondiente a la categoría que mejor se adecúe a la respuesta del paciente. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

<b>1</b>	<b><i>Casi nunca</i></b>
<b>2</b>	<b><i>De vez en cuando</i></b>
<b>3</b>	<b><i>A veces</i></b>
<b>4</b>	<b><i>Normalmente</i></b>
<b>5</b>	<b><i>Muy a menudo</i></b>
<b>6</b>	<b><i>Siempre</i></b>

<b><i>PATRON 1: PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD</i></b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Creo que tengo alguna dificultad psíquica o emocional						
2. Me he sentido inquieto o nervioso por no poder apostar en un juego de azar						
3. Apuesto en los juegos de azar con más dinero de lo que tenía pensado antes de empezar.						
4. Después de perder mi						

apuesta, siento que tengo que volver, lo antes posible a jugar para recuperar mis pérdidas.						
5. He descuidado obligaciones personales o familiares por culpa de las apuestas						
6. He cometido hurtos, robos, u otros delitos para conseguir dinero con el que apostar en el juego.						
7. He pedido dinero para poder seguir apostando en el juego						
8. Las obsesiones y/o compulsiones han influido en mi entorno escolar, laboral o familiar						
9. Tengo heridas en la piel a causa de un excesivo lavado.						
10. Cuando estoy más nervioso o angustiado siento que me cambia el ritmo intestinal, acelerándolo.						
11. Me siento más débil después de pasar por un periodo de estrés intenso.						
12. Necesito disminuir mi dieta por miedo a coger más peso del que debería.						
13. Tomo más medicación de la pautada.						
14. Tengo ansiedad al disminuir la dosis de ansiolíticos.						
15. Me pongo nervioso si no tomo la dosis de ansiolítico.						
16. Sospecho que tengo adicción hacia un fármaco que me ha prescrito mi médico.						
17. Me es realmente fácil conseguir fármacos sin necesidad de receta médica.						

18. Cuando estoy triste por algún motivo, suelo recurrir a tomar más medicación de la pautada por mi médico.						
19. Me siento bien tomando medicación extra por mi cuenta cuando me siento decaído.						
20. Conozco bien los fármacos que mi médico me ha prescrito.						
21. Sé lo que debo hacer en caso de tomar más dosis de un fármaco que mi médico me ha pautado.						
22. Cuando me encuentro mal por algún motivo se a dónde debo acudir.						
23. Los profesionales de la salud me dicen que no estoy tomando correctamente los medicamentos pautados.						
24. Muestro interés cuando me explican cómo tomar los fármacos que me pautan.						
25. Ante un problema que pueda tener sé que tengo gente que me va a ayudar.						
26. Me adapto bien a cualquier cambio que ocurra en mi entorno.						
27. Siento que soy capaz de responsabilizarme de todas las prácticas que conllevan al mantenimiento favorable de mi salud.						
28. Me intereso y busco información sobre mi enfermedad.						
29. Donde vivo tengo todo limpio y ordenado.						
30. En mi casa puedo deshacerme de objetos que estorban.						
31. Puedo moverme con facilidad en mi domicilio.						
32. Creo que la medicación ha disminuido las						

obsesiones y/o compulsiones						
<b>PATRON 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Me da mucho miedo pesar demasiado						
2. He tenido episodios recurrentes de atracones, sintiendo que no podía parar						
3. Me he provocado el vómito después de comer						
4. Hago mucho ejercicio para quemar las calorías						
5. Los demás hacen referencia a mi delgadez						
6. Utilizo una cantidad adecuada de jabón de manos						
7. Me pica la piel en los momentos de más estrés						
8. En los momentos de mi vida en los que estoy sometido a más estrés soy más propenso a coger enfermedades						
9. A veces he utilizado productos de limpieza demasiado agresivos para mi piel						
10. Una vez lavadas mis manos sigo notando que las tengo sucias						
11. Necesito volver a lavar una zona de mi cuerpo específica por no tener la seguridad de que este limpia del todo.						

<b>PATRON 3: ELIMINACIÓN</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. En los momentos de más estrés tengo dolores abdominales.						
2. Durante un episodio de intenso estrés tengo que acudir al baño más cercano por tener retortijones abdominales.						
3. Noto que mi intestino está más acelerado de lo normal en momentos en los que tengo más ansiedad.						
<b>PATRON 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Noto que cuando estoy más nervioso me suelo marear						
2. Respiro más deprisa cuando estoy nervioso						
3. He perdido el deseo sexual						
4. Me cuesta comenzar nuevas actividades						
5. Suelo estar cansado la mayor parte del día						
6. Pese a dormir muchas horas, sigo cansado						
7. He dejado de realizar actividades que antes hacía						
8. Me interesan las cosas que suceden a mi alrededor						
9. Me siento culpable si no llevo a cabo mis obligaciones						
10. Suelo mantener mi casa limpia						

11. Me siento cómodo en mi hogar al tener todo recogido						
12. Me preocupo por tirar la basura antes de que se descomponga la comida						
13. Procuro ducharme diariamente						
14. Cuando me observo en el espejo me siento bien						
15. Paso largo tiempo buscando defectos en mi cuerpo						
16. Me preocupa mi aspecto físico hasta el punto de generarme ansiedad						
17. Estoy abierto a cualquier explicación que pueda ayudarme a mejorar mi salud						
18. Me gustaría ampliar mis conocimientos sobre mi enfermedad						
<b>PATRON 5: SUEÑO-DESCANSO</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Una vez me acuesto, tengo dificultad para quedarme dormido						
2. Cuando me levanto, siento que no he descansado bien durante la noche						
3. Me despierto durante la noche						
4. Noto que me despierto antes de lo habitual						
5. Cuando no descanso bien durante la noche noto que me cambia el humor durante el día.						
6. Cuando no descanso bien por la noche noto que no tengo suficiente energía durante el día.						
<b>PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>

1. Tengo serias dudas acerca de cosas sencillas que hago diariamente						
2. Debo estar seguro de mis decisiones						
3. Cuando estoy haciendo algo pierdo la concentración						
4. Me cuesta cambiar de una actividad a otra de forma eficaz						
5. Me cuesta recordar cosas que acabo de aprender						
6. Cuando voy al supermercado me acuerdo de todo lo que tengo que comprar						
7. Olvido los detalles de un acontecimiento importante en mi vida.						
8. Me gustaría tener más conocimientos en relación a mi enfermedad						
9. Tengo dudas en cuanto al tratamiento de mi enfermedad						
10. Me gustaría ampliar mis conocimientos en cuanto cómo manejar mis decisiones						
11. A menudo llego tarde porque no creo que llegue a hacer todas las cosas que tengo						
12. Cometer un error es tan malo como fallar por completo						
13. Suelo estar tranquilo y sin tensión						
14. Me cuesta relajarme						
15. Suspiro con facilidad						
16. Me siento inferior a los demás						
17. Estoy pasando por un momento difícil que me hace olvidar quién soy						
18. Me cuesta escoger una opción de cuidados sanitarios que se adapte mejor a mi estilo de vida						

19. Tengo problemas para describir mis opiniones						
20. Lloro y me siento triste						
21. Siento que el futuro es esperanzador						
22. Me siento una persona fracasada						
23. Las cosas que me gusta hacer me producen el mismo placer que antes						
24. Me siento culpable de todo lo que me sucede						
<b>PATRON 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Siento que mi cuerpo tiene imperfecciones						
2. Comparo mi cuerpo con el de otras personas						
3. Oculto las partes de mi cuerpo que no son de mi agrado						
4. Me cuesta tomar decisiones						
5. Soy capaz de superar las situaciones más difíciles para mí						
6. Creo que soy capaz de hacer cualquier cosa que me proponga						
7. Me cuesta mirar a los ojos de la gente						
8. Me gusta estar rodeado de gente						
9. Cuando algo me sale mal, no le doy importancia						
10. Cuando me siento deprimido, descuido mi autocuidado						
11. Me agobio con facilidad ante situaciones difíciles						
12. Suelo mantener el control de las situaciones						
13. Me gusta estar solo						

14. En mis relaciones sociales mantengo una actitud asertiva						
15. He pensado en suicidarme						
16. He ideado un plan suicida						
17. Siento que nada en mi vida importa						
18. Estoy nervioso o en tensión						
19. Tengo problemas para relajarme						
20. Tengo dolores de cabeza o de nuca						
21. Me cuesta concentrarme en las tareas que hago						
22. Me siento irritable y preocupado						
23. Tengo taquicardias, palpitaciones o dolor en el pecho						
24. Tengo opresión en el pecho, sensación de ahogo o suspiros						
25. Tengo temblores, sensación de hormigueo, rigidez muscular o visión borrosa						
26. Tengo la boca seca, tendencia a sudar, palidez o vértigos						
27. Pienso que algo malo va a ocurrir						
28. Evito situaciones que me provocan malestar						
29. Pienso constantemente en aquello que me asusta						
30. La gente considera inofensivas cosas que para mí son una amenaza						
<b>PATRON 8: ROL-RELACIONES</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Me cuesta asistir a eventos y compromisos familiares						

2. Me siento incomodo cuando estoy rodeado de gente						
3. Me siento cómodo hablando en público						
4. Cuando estoy con más personas pienso mucho lo que quiero decir						
5. Me siento diferente a los demás						
6. Me cuesta adaptarme a las nuevas situaciones						
7. No hago las cosas por temor a que salgan mal						
8. Me siento triste y sin ganas de hacer nada						
9. Evito enfrentarme a las situaciones difíciles						
10. Pienso que el futuro es esperanzador						
11. Puedo conseguir lo que realmente deseo						
<b>PATRON 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Tener relaciones sexuales fuera del matrimonio va en contra de mis principios						
2. Tengo miedo a las relaciones sexuales por que puedo contraer una infección de transmisión sexual						
3. Pienso que ninguna medida preventiva es suficiente para evitar el contagio						
4. Durante los últimos 6 meses ha sido imposible la penetración						
5. Llego al orgasmo durante el acto sexual						
6. Durante el último mes ha sido fácil excitarme sexualmente						
7. Siento placer durante el acto sexual						
8. He sentido miedo, inquietud o ansiedad durante el acto sexual						

<b>PATRON 10: ADAPTACIÓN- TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. Me cuesta concentrarme y encontrar una solución a los problemas						
2. Consumo drogas cuando tengo algún problema para evadirme o relajarme						
3. No soy capaz de solucionar mis problemas sin ayuda						
4. Tengo las ideas claras para saber cómo actuar						
5. Me cuesta organizar mis pensamientos para tomar decisiones						
6. Siento miedo ante ciertas cosas que la gente considera normales						
7. Me doy cuenta del estado emocional en que me encuentro						
8. En este momento se cuál es mi estado emocional						
9. Normalmente pienso acerca de mis sentimientos						
10. Sé identificar las emociones de las personas con las que convivo						
11. Controlo mis estados emocionales de ira o tristeza						
12. Pienso que es bueno aprender a controlar mi estado emocional						
13. Es importante reconocer qué cosas me irritan						
14. Es bueno reconocer las emociones						
15. Que me enseñen cómo enfrentarme a mis problemas va a mejorar mi vida						

<b>PATRON 11: VALORES-CREENCIAS</b>						
	<b>Casi nunca</b>	<b>De vez en cuando</b>	<b>A veces</b>	<b>Normalmente</b>	<b>Muy a menudo</b>	<b>Siempre</b>
1. La religión es importante en mi vida						
2. La religión me ayuda en momentos difíciles						
3. Siento mucha tensión y preocupación la mayor parte del día						
4. Tengo muy claro lo que quiero en mi vida						
5. Creo que voy a conseguir mis objetivos en la vida						
6. Creo que la vida que llevo tiene sentido						
7. No comprendo el sentido del sufrimiento						
8. Me hundo cuando tengo algún problema						
9. Tengo capacidad de superación						

## **Anexo II. Consentimiento informado**

### **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### *“Intervención de enfermería en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo”*

##### **Descripción**

Usted ha sido invitado/a a participar en una investigación sobre la creación de una herramienta de enfermería para valorar la patología del TOC. Esta investigación es realizada por Alejandro San Julián Márquez. El propósito de esta investigación es validar la escala EVPD-TOC (Escala de valoración de patrones disfuncionales en el trastorno obsesivo-compulsivo). Usted fue seleccionado/a para participar en esta investigación porque cumple con los criterios de inclusión de la muestra del estudio, siendo seleccionado como paciente diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo de tratamiento hospitalario público o privado. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 40 personas como voluntarias. Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará que responda a una escala con preguntas sobre signos, síntomas, acciones, creencias, sentimientos y percepciones que tiene la persona en su día a día. Participar en este estudio le tomará aproximadamente 45 minutos.

##### **Riesgos y beneficios**

Los riesgos asociados a este estudio son el posible impacto psicológico sobre la auto percepción del problema que puede provocar una reacción emocional. En el caso de sentir una elevada ansiedad en el proceso de realización de la escala el sujeto abandonará de inmediato la investigación. Los beneficios esperados de esta investigación serán obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad en la ayuda a personas con trastorno obsesivo-compulsivo.

##### **Confidencialidad**

El presente proyecto remitido al comité de ética de investigación clínica correspondiente para su estudio y aprobación en cumplimiento de la ley de investigación biomédica 14/2007, de 3 de julio, y respetándose los principios de la declaración de Helsinki.

El estudio se llevara de acuerdo a las normativas nacionales e internacionales de buenas prácticas vigentes. Se elaborará un documento de información que asegura la confidencialidad de los datos ya que toda la información recogida será anónima, siendo

codificada con un número. El proceso de anonimización permite que deje de ser posible establecer nexo entre el dato y el sujeto. Del mismo modo el tratamiento de datos personales se garantizará atendiendo a la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. El investigador principal se compromete a que estas consideraciones sean llevadas a cabo a lo largo del proceso de investigación.

#### Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Alejandro San Julián Márquez al correo: [alex\\_rt21@hotmail.com](mailto:alex_rt21@hotmail.com)

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento y que ha recibido copia de este documento.

Nombre del o la participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el/la arriba firmante.

Nombre del investigador o investigadora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_