

División de Ciencias Biológicas y de la Salud  
Departamento de Atención a la Salud  
Licenciatura en Enfermería

Informe final del Servicio Social  
Proceso Atención de Enfermería en paciente con  
Trastorno Obsesivo Compulsivo  
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Presenta:

P.S.S. L.E. Valderrama Martínez Wendoline

Matricula: 2192029826

Fecha de inicio: 01 agosto 2017

Fecha de término: 31 julio 2018

Asesora interna:

Mtra. Irma Gloria Taxis Taxis

## Índice

Agradecimiento .....	4
Introducción .....	5
Justificación .....	7
Objetivo general .....	8
Objetivos específicos .....	8
Antecedentes históricos .....	9
Área física del hospital .....	11
Estructura física del hospital .....	12
Organización funcional.....	14
Organización y función.....	15
Directorio .....	15
Organigrama Institucional.....	16
Misión Institucional .....	17
Visión Institucional.....	17
Objetivo Institucional .....	17
Valores éticos .....	17
Objetivos del Hospital.....	18
Servicios que ofrece .....	19
Marco jurídico .....	22
Principales causas de morbilidad y mortalidad del hospital. ....	25
Departamento de Enfermería.....	26
Filosofía.....	26
Misión del Departamento de Enfermería .....	27
Visión del Departamento de Enfermería .....	27
Objetivo General del Departamento de Enfermería .....	27
Objetivos específicos del Departamento de Enfermería .....	27
Valores de Enfermería.....	27
Ubicación del Departamento de Enfermería .....	28
Organigrama del Departamento de Enfermería .....	29
Plantilla del personal de enfermería .....	30
Marco Teórico.....	31

---

---

Proceso Atención de Enfermería.....	31
Fases del Proceso Atención de Enfermería.....	32
Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.....	48
Patrones funcionales en salud mental.....	59
Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	63
Definición.....	63
Epidemiología.....	64
Etiología.....	66
Diagnóstico.....	71
Tratamiento.....	77
Riesgo de suicidio.....	88
Factores de riesgo y pronóstico.....	88
Consecuencias funcionales.....	89
Diagnóstico diferencial.....	89
Comorbilidad.....	91
Caso clínico.....	93
Valoración por Patrones Funcionales.....	97
Plan de Cuidados de Enfermería.....	105
Conclusión.....	112
Anexos.....	114
Referencias bibliográficas.....	127

---

---

## Agradecimiento

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí, y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus tés era para mí como agua en el desierto; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida. Gracias a Dios por la vida de mis padres, también porque cada día bendice mi vida con la hermosa oportunidad de estar y disfrutar al lado de las personas que sé que más me aman, y a las que yo sé que más amo de mi vida.

Familia, amigos y personas especiales en mi vida, son un conjunto de seres queridos que suponen benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias como profesionista. No podría sentirme más ameno con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo desde que nos conocimos, han sido un gran apoyo y consejeros de gran ayuda.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes, he logrado concluir con éxito una meta más en mi vida profesional, aunque hubieron obstáculos poco a poco fui destruyéndolos. Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en mí.

---

---

## Introducción

El cuidado es la base de la ciencia y es el arte humanístico de enfermería, que puede conceptualizarse como todas las acciones que ayudan a mantener, preservar y promover el bienestar de la salud de las personas, con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes. Esto se origina por la necesidad de la supervivencia humana en circunstancias adversas es una actividad que requiere valores y ética profesional dirigido a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la salud que se basa en la relación enfermera-paciente.

La enfermería psiquiátrica-salud mental es una especialidad que proporciona cuidados holísticos a personas en riesgo de experimentar o que ya están experimentando trastornos de uso de sustancias o problemas comportamentales con el fin de promover su bienestar físico y psicosocial. Pone énfasis en las relaciones interpersonales como instrumentos terapéuticos y considera los factores ambientales que influyen en la salud mental. Estas enfermeras especialistas no solo presentan cuidados físicos, también recurren a la socialización, activación y comunicación con sus pacientes para crear un entorno seguro y cómodo que promueva cambios positivos.

En el presente trabajo se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo, donde se utilizaron los “Patrones Funcionales de Salud” de Marjory Gordon, este instrumento de valoración es capaz de describir el estado de salud inicial y continuo de una persona, por ello, durante la búsqueda de artículos de psiquiatría-salud mental se encontró que las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los campos de: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad; por lo cual se ocupó este sistema de valoración y así lograr identificar las necesidades del paciente.

---

En el caso clínico que se presenta es de una paciente femenina de 29 años de edad, que ingresó al hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” por el trastorno obsesivo compulsivo. Al realizar el Proceso de Atención de enfermería, se logró identificar necesidades del paciente utilizando el instrumento de valoración los “Patrones funcionales de salud”; estas necesidades identificadas fueron el patrón 5 “Sueño descanso”, patrón 1 “Percepción-manejo de la salud”, patrón 7 “Autopercepción-autoconcepto” y patrón 8 “Rol-relaciones”. Para realizar los planes de cuidado se ocuparon las taxonomías NANDA (Diagnósticos enfermeros), NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería). Después de tener las intervenciones con ayuda de las taxonomías los resultados fueron favorables en el paciente para mejorar su nivel de salud y evitar riesgos potenciales que ponen en riesgo su vida.

Se debe considerar la teoría de enfermería para realizar los cuidados y brindar atención del usuario de una forma de cuidado holístico y aumento del aprendizaje y conocimiento disciplinario, de esta forma seguir con la calidad, autonomía y transparencia en el cuidado de enfermería.

## Justificación

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno neuropsiquiátrico, que se caracteriza por presencia de obsesiones, compulsiones o ambas; es muy frecuente a nivel mundial, según la OMS, el 23% de la población mundial padece TOC. La prevalencia anual del TOC en Estados Unidos, según el DSM-5, es de 1.2% y al nivel mundial es similar con 1.1 – 1.8%. Las mujeres se ven afectadas con una tasa un poco más alta que los hombres en la edad adulta, aunque los varones se ven más frecuentemente afectados durante la infancia. En México, el médico especialista Alberto López Díaz menciona que entre 1.5 y 5% de la población padece TOC, pero el 99.9% puede recuperarse de manera correcta mediante la aplicación correcta de los tratamientos farmacológicos y psiquiátricos. Por otro lado, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, señala que en la etapa de la vida en el que puede iniciar este trastorno y se da más frecuentemente en adultos jóvenes, y afectando por igual a hombres y mujeres. Y el de inicio temprano (infancia y adolescencia) donde se ha observado que afecta más frecuentemente a varones (75% de los pacientes menores de edad son hombre) que a mujeres entre más temprano inicia. Esta diferencia puede deberse a factores asociados al sexo que confieren vulnerabilidad a los hombres, en quienes la edad de inicio va de 6 – 15 años y en las mujeres de los 20 – 29 años. (Cárdenas, 2010).

En el Sistema de Salud, el TOC ha sido considerado como una de las 10 causas principales de discapacidad junto con otros 4 trastornos mentales (depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, alcoholismo); en las estimaciones más recientes también sugieren que el TOC se asocia a una alta discapacidad y a un deterioro laboral, social y mayor afección emocional. En el coste en calidad de vida, los pacientes con TOC también presentan una muy alta comorbilidad con otros trastornos. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

---

---

## Objetivo general

Desarrollar un Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, con base en conocimientos, fundamentos, habilidades y actitudes adquiridos durante la formación académica.

## Objetivos específicos

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en el paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el área de hospitalización.
- Valorar e identificar aspectos físicos, psicológicos y sociales anormales en un paciente con TOC y determinar la gravedad.
- Identificar necesidades alteradas con ayuda de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon.
- Elaborar planes de cuidado de enfermería específicos del paciente de las necesidades en dependencia.
- Aplicar intervenciones de enfermería para ayudar al paciente.
- Corregir las necesidades que se encontraron alteradas.
- Evaluar las acciones e intervenciones que se realizaron al paciente.

---

---

## Antecedentes históricos

El hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” fue por el Plan “Operación Castañeda” en el año 1964, en el cual tenía como finalidad la sustitución del antiguo Manicomio por cinco unidades hospitalarias y un albergue a donde fueron trasladados los más de 2000 pacientes del manicomio, este fue clausurado de manera definitiva en el año de 1968; esto se derivó porque el área de salud mental de la Dirección de Neurología se separa para crear la Dirección de Salud Mental a la cual se le otorga el cometido principal de conducir la reforma de la asistencia psiquiátrica hospitalaria, que pertenecía al Manicomio General de México. Y fue inaugurado el 9 de mayo de 1967, teniendo como objetivo brindar atención médica hospitalaria a la población adulta de ambos sexos con trastornos mentales agudos, teniendo recurso de diagnóstico y tratamiento modernos. Este hospital es la sede para el adiestramiento de personal médico en psiquiatría. La institución originalmente fue planeado con una estructura horizontal, pero por las limitaciones del predio se tuvo que construirse verticalmente, por ello, consta de un edificio de 10 niveles y una superficie construida de 20,000 metros cuadrados, al principio se dotó con capacidad para atender 600 pacientes (Secretaría de Salud, 2012; Díaz, 2022).

Según la Secretaría de Salud (2012), administrativamente desde su inicio y hasta 1983 el hospital dependía de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, año en el cual es transferida la responsabilidad administrativa a la Dirección General de Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal, del año 1992 a 1995 depende de la entonces Coordinación de hospitales, en 1997 se transfiere la dependencia a la recién creada Coordinación de Salud Mental.

Es relevante destacar que la atención proporcionada al usuario era asistencial ya que se contaba con un 2% de personal profesional de enfermería y un 98% de no profesional siendo en su mayoría empírico. A partir del año 1974, se iniciaron las Jornadas de Enfermería Psiquiátrica y cursos de capacitación continua para el

desempeño del personal, se otorgó al usuario con trastorno psiquiátrico en estado agudo una atención más humanitaria (Díaz, et al, 2020).

En 1986 con el cambio de administración del hospital, se le dio más auge a la capacitación para el desempeño y desarrollo del personal. En esta época se incrementaron los recursos humanos, técnicos y administrativos; además, surgieron diferentes programas de rehabilitación y salud mental dirigidos a usuarios, familia y comunidad como:

1. Asamblea de usuarios, 1988.
2. Orientación a familiares, 1990.
3. Escuela para padres, 1991.
4. Visita de puertas abiertas, 1991.
5. Psiquiatría comunitaria, 1992.
6. Actividades de la vida diaria.
7. Paseos extramuros.
8. Inducción laboral.
9. Rehabilitación.
10. Actividades recreativas.
11. Fisioterapia.

En el año de 1992 inició la ampliación y remodelación del hospital constituyéndose una nueva área física, un edificio con dos niveles para el funcionamiento de los servicios de consulta externa y hospitalización parcial con alternativas de hospitalización de día y de fin de semana, vinculando al paciente con el medio familiar y social, se proyectaron acciones de promoción y difusión de la salud mental a la comunidad y se integraron las actividades de rehabilitación en el hospital, se implementó la atención a pacientes de la tercera edad inicialmente ambulatorios y en 1993 se creó la unidad de psicogeriatría. En 2008 se crea la Clínica de Adherencia Terapéutica (C.A.T.), con el objetivo de brindar atención más cercana a pacientes de difícil seguimiento y sus familiares. El incremento de recursos humanos, de la capacitación para el personal de enfermería y la implementación de programas para la rehabilitación y salud mental, han dado como resultado la reducción de mitos e impedimentos que se tenían acerca del servicio que se presta; contribuyendo a otorgar una atención de mayor calidad y calidez al usuario que solicita el servicio (Secretaría de salud, 2012; Díaz, et al, 2020).

## Área física del hospital

- **Ubicación:**

Calle Niño de Jesús N°2 Sn Buenaventura, Col. Tlalpan. Del Tlalpan, C.P. 14000.

- **Dependencia:**

Secretaría de Salud a través de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

- **Tipo de construcción:** Mixto

- **Nivel de atención:** Alta Especialidad 4° Nivel

- **Área de influencia:** Urbana

- **Tipo de población a la que atiende:** tipo de cobertura, derechohabientes, población abierta, seguro médico ISEMMYM, PEMEX, etc.

- **Vías de comunicación:**

- Metro: Taxqueña – Línea Azul.

- Colectivos:

- Izazaga – Zona de Hospitales.

- Izazaga – Joya.

- Izazaga – San Pedro Mártir.

- Metro: CU – Línea Verde.

- Colectivo: Tlalpan Joya – Estadio Azteca.

- **Números telefónicos:** 55731500 Ext.127 55731832. Ext. 105. (Gobierno de México, 2018).



Figura 1. Croquis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2018.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Croquis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Recuperado: 12 de febrero de 2018. <https://www.google.com/maps/place/Hospital+Psiqui%C3%A1trico+Fray+Bernardino+%C3%81lvarez/@19.2879477,-99.1632358,17z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x85ce008ab18c81d5:0x3f53498b19c098ae!8m2!3d19.2879477!4d-99.1606609!16s%2Fq%2F1f!5snb04?entry=ttu>

## Estructura física del hospital

El hospital cuenta con una torre con ocho pisos, una planta baja con un edificio anexo, un sótano y una explanada (Gobierno de México, 2018).

### Explanada:

- Caseta de vigilancia.
- Auditorio general.

### Edificio Anexo:

- Urgencia- Jefatura.
- Admisión.
- Urgencias-Médicos.
- Psiquiatría Comunitaria.
- Subdirector de servicios.
- Consulta externa.
- Trabajo social.
- Urgencias-Observación.

### Sótano:

- Lavandería.
- Almacén general.
- Cocina subrogada.
- Jefatura de nutrición y dietética.
- Comedor.
- Compañía de limpieza.
- Mantenimiento.

### Planta baja:

- Área de gobierno:
  - Unidad de planeación y calidad.

- Conmutador.
- Subdirección administrativa.
- Subdirección de hospitalización.
- Dirección.
- Subdirección administrativa.
- División de atención médica hospitalaria.
- Subdirección del hospital.
- Recursos financieros.
- División de servicios generales.
- Kardex.
- Archivo clínico.
- Tienda comunitaria.
- Vigilancia.
- Trabajo social.
- Jefatura de enfermería.
- Calidad- Enfermería.
- Servicios de administración.
- Transporte.
- Archivo fijo de inventario.
- Sección sindical.
- Control de asistencia.
- Pagaduría.

- Rehabilitación.
- Imagenología.
- Fotocopiado.
- Patología.
- Coordinación de servicios generales.
- Fotocopiado.
- Jardín.

#### Primer piso:

- Medicina preventiva.
- Farmacia.
- Psicología.
- Psiquiatría legal.
- Odontología.
- Ginecología.
- Subdirección de servicios ambulatorios.
- Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos (UCEP).
- Neurología.
- Central de Esterilización y Equipo (CEYE).
- Sala de Terapia Electroconvulsiva (TEC).

#### Segundo piso (Hospitalización):

- Sección mujeres.
- Sección hombres.

#### Tercer piso:

- Clínica de patología dual (CLINPAD).
- Clínica de adherencia terapéutica (CAT).
- Clínica de Intervención Familiar (CLINFAM).

#### Cuarto piso (Hospitalización):

- Sección mujeres.
- Sección hombres.

#### Quinto piso (Hospitalización):

- Sección mujeres.
- Sección hombres.

#### Sexto piso (Hospitalización):

- Sección mujeres.
- Sección hombres.

#### Séptimo piso (Hospitalización):

- Sección hombres.
- Sección Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP).

#### Octavo piso:

- Subdirección de enseñanza, investigación y capacitación.
- Residencia médica.
- Informática centro de información computarizada.

- Capacitación.
- Investigación jefatura.
- Biblioteca.
- Coordinación de enseñanza-Enfermería.
- Investigación.
- Jefatura de enseñanza (Gobierno de México, 2018).

### Organización funcional

- Sistema de organización: gubernamental.
- Funciones del hospital:
  - Prevención.
  - Diagnóstico y tratamiento.
  - Rehabilitación.
  - Enseñanza e investigación.
- Tipo y número de personal general:
  - Administrativo 535= 60.9%
  - Médico 336= 39%
- Distribución de número de camas censables y no censables (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

Cuadro 1. Organización funcional del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, 2018.					
Piso	Camas censables	Camas no censables	Piso	Camas censables	Camas no censables
<b>CITEP</b>	14	1	<b>7° H</b>	14	1
<b>6° H</b>	14	1	<b>6° H</b>	14	1
<b>5° H</b>	32	1	<b>5° M</b>	14	1
<b>4° H</b>	32	1	<b>4° M</b>	32	1
<b>2° H</b>	32	1	<b>2° M</b>	32	1
<b>UCEP</b>	•	19	<b>Observación</b>		12

Fuente: Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

## Organización y función

### Directorio

Director del Hospital:

- Dr. Carlos J. Castañeda González.

Subdirector de Hospital:

- Dr. Jesús Horacio Reza Garduño Treviño.

Subdirector de Servicios Ambulatorios:

- Dr. Diego Larios Villanueva.

Subdirectora Administrativa:

- Mtra. Norma Leticia Hernández Hernández.

Jefe de Servicios Administrativos:

- C.P. Jesús Huerta Orihuela.

Jefatura de Recursos Humanos:

- Lic. Inés Márquez Lozada.

Jefatura de Enfermería:

- Mtra. Clara Garay Peña.

Coordinación de Enseñanza de Enfermería:

- Lic. Enf. María Dolores Malagón Garduño.
- E.E. Laura Virginia Montoya Gutiérrez (Paredes y Martell, 2014; Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).



---

---

### **Misión Institucional**

Brindar atención integral con calidad, seguridad y humanismo a la población que requiere servicios especializados en psiquiatría, rehabilitación psicosocial, así como formación de recursos humanos en la materia.

### **Visión Institucional**

Ser una institución psiquiátrica líder en modelos de prevención, atención, rehabilitación psicosocial, enseñanza e investigación.

### **Objetivo Institucional**

Brindar a los usuarios una atención de calidad, y así mismo fomentar el desarrollo integral humano.

### **Valores éticos**

- Fidelidad y lealtad.
- Relaciones laborales y trabajo en equipo.
- Apoyo y colaboración.
- Integridad.
- Sensibilidad.
- Equidad.
- Respeto.
- Vocación de servicio.
- Identidad institucional.
- Responsabilidad (Paredes y Martell, 2014).

---

---

## Objetivos del Hospital

### Objetivo general:

- Avanzar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, basadas en la evidencia científica y con pleno respeto a los principios y estándares internacionales en derechos humanos (Paredes y Martell, 2014).

### Objetivos específicos:

- Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario.
- Avanzar en la formalización de una Red Especializada de Atención Psiquiátrica.
- Realizar acciones de prevención y educación de los trastornos mentales prioritarios relacionados con el suicidio y sus factores de riesgo.
- Impulsar la formación de recursos humanos y la capacitación de investigadores y especialistas conforme a las enfermedades mentales prioritarias.
- Fomentar la investigación en salud mental y el desarrollo de modelos de atención comunitaria.
- Coordinar la administración de los recursos humanos, materiales y financieros, con apego a la normatividad aplicable (Paredes y Martell, 2014).

---

---

## Servicios que ofrece

- **Consulta externa:**

Brinda atención psiquiátrica para adultos provenientes de hospitalización continua y hospitales parciales. Consultas subsecuentes, terapias individuales, terapias de grupo (neuróticos, psicóticos, borderline, mujeres víctimas de violencia, alcohólicos, farmacodependencia, orientación a familiares, autoayuda, reflexión). Responsable: Dr. José Ibarreche Beltrán.

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Hospitalización:**

El HPFBA atiende exclusivamente hospitalizaciones psiquiátricas agudas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas. Responsable: Dra. Socorro González Valadez.

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Hospital parcial (de día y de fin de semana):**

El HPFBA proporciona atención psiquiátrica ambulatoria con estancia parcial que incluye diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral; y que incorpora la intervención familiar a pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Responsable: Dr. Alberto López Díaz.

Edad: Personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Urgencias:**

Atiende exclusivamente urgencias psiquiátricas, es decir, que afecten la salud mental del paciente (trastornos mentales y del comportamiento) y que conlleven riesgos para el mismo y/o para terceras personas. Responsable: Dra. Juana Ramírez Rivas.

Edad: Personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Unidad de psicogeriatría:**

Brinda el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral para los trastornos psicológicos y adaptativos del adulto mayor. La unidad cuenta también con la Clínica de Memoria que ofrece Programas de Prevención y Tratamiento. Responsable: Dr. Andrés Roche Bergua.

Edad: Personas con 60 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Clínica de Intervención Temprana en Psicosis (CITEP):**

Otorga servicio a personas que cursan por primera vez con un episodio psicótico o aquellas con alto riesgo de psicosis. Responsables: Dr. Víctor Enrique Ramírez Zamora.

Edad: personas entre 16 y 35 años de edad, ambos sexos – Modalidad Consulta Externa. Personas entre 17 y 35 años de edad, ambos sexos – Modalidad Hospitalización Breve (Gobierno de México, 2018).

- **Clínica de Adherencia Terapéutica (CAT):**

Otorga servicio a personas con trastornos psiquiátricos que a lo largo de su evolución han reportado dificultades importantes en lo relacionado con el apego al tratamiento farmacológico; a través de la identificación de los factores de riesgo individuales, familiares y sociales se diseña un programa de intervención individualizada en favor de la adherencia terapéutica. Responsable: Dra. Patricia Cruz Vázquez.

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Clínica de Intervención Familiar (CLIFAM):**

Proporciona servicio de psicoterapia a familiares y pacientes del sistema integral de atención psiquiátrica que favorece una mejor evolución de los padecimientos psiquiátricos al mejorar el clima y la dinámica familiar. Además, brinda atención en la modalidad de grupo-taller a mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Responsabilidad: Dr. Arturo Ongay Pérez.

---

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Clínica de Patología Dual (CLINPAD):**

Proporciona servicio ambulatorio a pacientes con patología dual, es decir, personas que padecen a la vez, un trastorno mental primario y un trastorno por consumo de sustancias. Responsable: Dra. Irma Basurto García.

Edad: Personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Rehabilitación:**

Proporciona el servicio de rehabilitación psicosocial con un enfoque interdisciplinario orientado a mejorar las capacidades remanentes de los usuarios en las esferas cognoscitiva, afectiva y motriz para una mejor integración familiar, social y laboral; que incluye terapia ocupacional, física, estimulación cognitiva, habilidades sociales e inducción laboral para pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Responsable: Dra. Miriam de la Llenera Villena.

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

- **Psiquiatría comunitaria:**

El HPFBA proporciona el servicio de Psiquiatría Comunitaria Extramuros a la población general en los tres niveles de atención (promoción y fomento a la salud mental, diagnóstico oportuno y rehabilitación) en el área de la salud mental. Responsable: Dr. Alfredo García Vázquez.

Edad: personas con 18 años cumplidos, ambos sexos (Gobierno de México, 2018).

## Marco jurídico

### Constitución de los Estados Unidos Mexicanos:

- Artículo 4°. Derecho a la protección de la salud.
- Artículo 108°. Definición de servicios públicos.
- Artículo 109°. Responsabilidades de los servicios públicos.
- Artículo 110°. Sanciones a los servidores públicos.
- Artículo 113°. Obligaciones de los servidores públicos que salvaguardan la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia en su desempeño.
- Artículo 134°. Recursos públicos se administrarán con eficiencia, eficacia y honradez.

### Leyes:

- Ley general de salud. Título tercero. Capítulo VII, artículo 72 al 77.
- Ley federal de los trabajadores al servicio del estado, reglamentaria del apartado B del artículo 123 Constitucional.
- Ley federal de Responsabilidades administrativas de los servidores públicos.

### Reglamentos:

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Capítulo XI, artículo 48.
- Reglamento de Insumos para la Salud. Capítulo III, artículo 44 al 66.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de insumos para la salud.

### Plan y programas:

- Plan Nacional de Desarrollo 2013 – 2018. D.O.F. 20-V-2013.
- Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. D.O.F. 12-XI-2013.
- Programa Nacional de Protección Civil 2014-2018. D.O.F. 30-IV-2014.

- Programa para un Gobierno Cercano y moderno 2013 -2018. D.O.F. 30-VIII-2013. Actualización: D.O.F. 30-IV-2014.

### **Normas:**

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, Servicios de planificación familiar.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1994, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la atención primaria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medica – psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

- 
- Norma oficial mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológicos-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.

**Otros ordenamientos legales:**

- Criterios para la certificación de hospitales. D.O.F. 25-VI-1999-Modificación D.O.F: 14-VI-2000 (Secretaría de Salud, 2017).

**Cuadro 2. Principales causas de morbilidad y mortalidad del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, 2018.**

N°	CIE-10	Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total	%
1	F20.0	Esquizofrenia paranoide.	612	389	1001	27%
2	F19.5	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: trastorno psicótico.	283	40	323	9%
3	F06.2	Trastornos delirantes (esquizofreniforme) orgánico.	159	90	249	7%
4	F31.2	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente con síntomas psicóticos.	79	158	237	6%
5	F60.3	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable.	82	115	197	5%
6	F25.0	Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.	48	125	173	5%
7	F33.2	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos.	21	131	152	4%
8	F31.1	Trastorno afectivo bipolar, episodio maníaco presente sin síntomas psicóticos.	34	43	77	2%
9	F70.1	Retraso mental leve: deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento.	22	41	63	2%
10	F20.3	Esquizofrenia indiferenciada.	26	36	62	2%
<b>Subtotal</b>			1372	1320	2692	
<b>Otros diagnósticos</b>			512	666	1178	
<b>Total</b>			1884	1986	3870	

**Fuente:** Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

## Departamento de Enfermería

### Filosofía

La solución a las necesidades de salud en forma progresiva y dinámica, requiere de una formación sistemática de elementos que conformen al personal de enfermería en sus diferentes niveles. Dicha formación debe completar varios aspectos para que el personal de enfermería en sus diferentes niveles. Dicha formación debe completar varios aspectos para que el personal mencionado y de acuerdo con el nivel que le corresponda, realice oportuna y eficientemente cada una de las medidas preventivas en el individuo, familia y comunidad en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de sí mismo y de todo lo que le rodea, es decir, debe conocer acerca de hechos físicos, valores, lenguaje, sociedad, etc.; que les permita hacer un estudio metodológico y sistemático de sus actividades, que reanudaran en la satisfacción de sus necesidades a través de la investigación (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

Esta situación dará al individuo, la oportunidad de elaborar una filosofía respecto a su vida, profesión, institución, entre otras. Desde el punto de vista profesional, se requiere que el persona participe en y para la comunidad con juicio crítico, poder de decisión e iniciativa en todas las etapas del ciclo de la vida, dando prioridad a la conservación de la salud y considerando a la enfermedad como un accidente de la vida de un individuo, sin perder de vista que este es un ente psicosocial en constante interacción con el ambiente. Algunos de los objetivos de la formación profesional en enfermería para llevar a cabo dicha filosofía están en relación con:

- Conocer al individuo sano.
- Participar en programas para la protección de la salud.
- Colaborar en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo.
- Otorgar con calidad y calidez.
- Participar en programas de investigación y educación para la salud (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

---

---

### **Misión del Departamento de Enfermería**

Ser profesional comprometido a preservar, mejorar y restablecer la salud del usuario con trastornos psiquiátricos agudos, fundamentado sus acciones en el conocimiento científico y en un código ético, respetando las normas y políticas institucionales.

### **Visión del Departamento de Enfermería**

Aumentar el compromiso en la atención que proporciona el personal de enfermería, a través de la profesionalización y la producción de investigaciones, de tal manera que respondan a las necesidades de salud mental de la sociedad.

### **Objetivo General del Departamento de Enfermería**

Proveer un servicio de enfermería de calidad para el buen funcionamiento del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez eficiente para el desarrollo del personal en la ejecución de sus labores.

### **Objetivos específicos del Departamento de Enfermería**

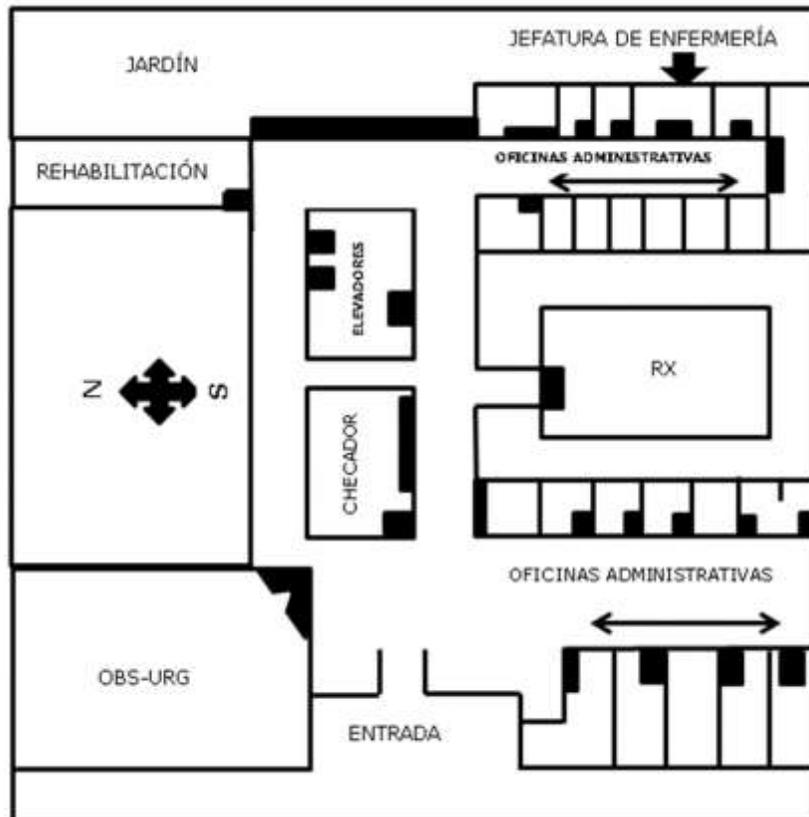
- Proporcionar atención de enfermería, con base en un método propio que permita la toma de decisiones constantes de acuerdo con la valoración diagnóstica y el tratamiento de enfermería.
- Coordinar las acciones del equipo de salud que demande la atención médica que requiere el paciente.
- Proporcionar al paciente y familia educación para el autocuidado responsable de su salud.
- Integrarse al equipo multidisciplinario para atender las demandas en materia de atención médica, con una actitud de respeto hacia el ser humano y una conducta profesional basada en principios éticos (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

### **Valores de Enfermería**

- Respeto.
- Justicia.
- Prudencia.

- Honestidad.
- Compromiso.
- Humano.
- Responsabilidad (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

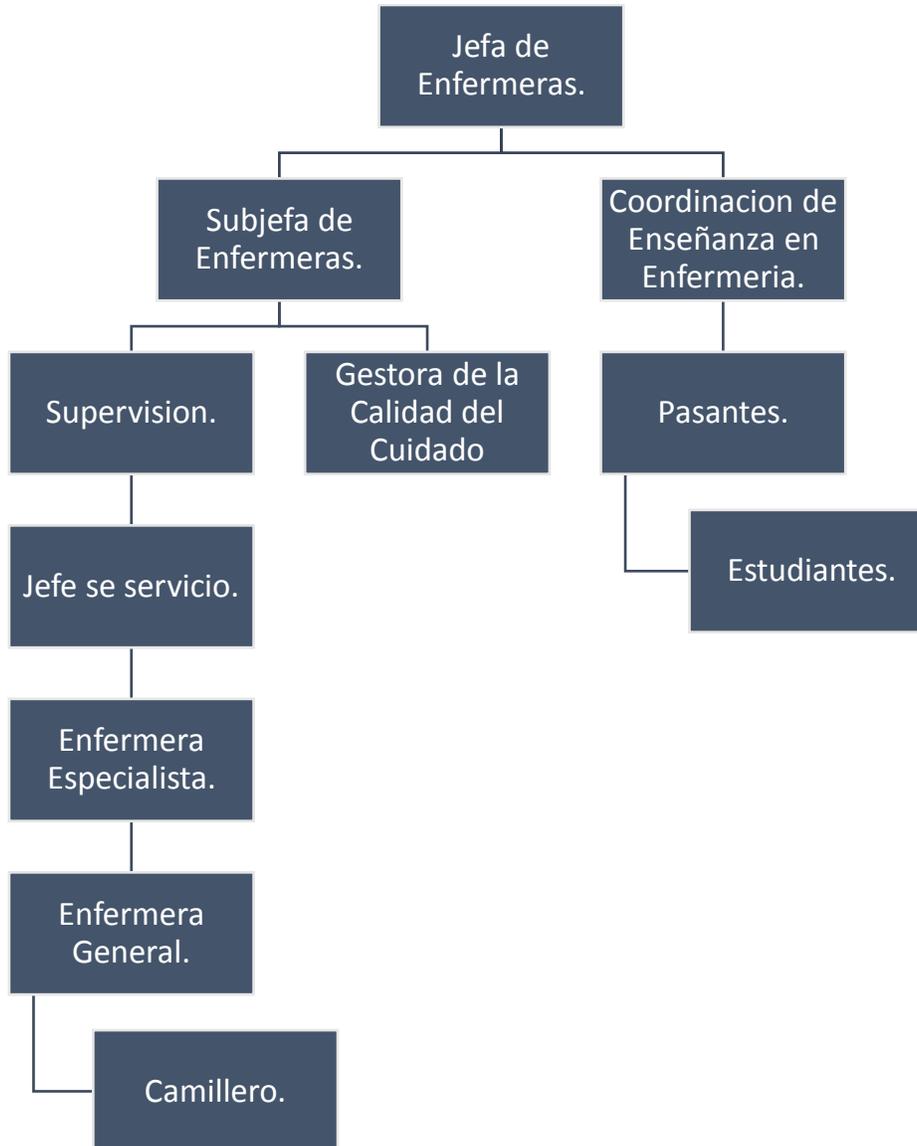
### Ubicación del Departamento de Enfermería



**Figura 3.** Ubicación del Departamento de Enfermería, 2018.

**Fuente:** Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

## Organigrama del Departamento de Enfermería



**Fuente:** Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

### Plantilla del personal de enfermería

- Enfermera Licenciada.
- Enfermera Especializada.
- Enfermera Titulada.
- Enfermera General Técnica.
- Enfermera Auxiliar.
- Camilleros.

<b>Plantilla del personal de enfermería, 2018.</b>	
<b>Descripción del puesto</b>	<b>N° de personal</b>
Jefa de enfermería	1
Jefes de enfermería de piso	20
Subjefes de enfermería de piso	2
Enfermera general titulada "A"	89
Enfermera general titulada "B"	21
Enfermera general titulada "C"	19
Enfermera especialista "A"	24
Enfermera especialista "B"	1
Enfermera especialista "C"	13
Enfermera general técnica	9
Enfermera auxiliar "A"	37
Enfermera auxiliar "B"	41
Camilleros	20
<b>Total</b>	<b>296</b>

Fuente: Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

## Marco Teórico

### Proceso Atención de Enfermería.

Concepto: es método sistemático y organizado, al aplicarlo se requiere de conocimientos, habilidades y actitudes, permitiendo la prestación del cuidado de enfermería al paciente, a la familia y a colectivos de forma lógica, racional y humanista. El PAE consta de cinco fases que son secuenciales y se relacionan entre sí, son: valoración, diagnóstico, planificación, planeación, ejecución y evaluación; y va midiendo el grado de eficacia, progreso y satisfacción de este proceso (Bello, et al., 2006; Gayosso, et al., 2007; Ríos, 2012).

Tiene como objetivo identificar el estado de salud de los seres humanos desde individual, familiar y comunidad, con el fin de facilitar la elaboración de planes de salud y ofrecer las intervenciones de enfermería necesarias para dar soluciones a las necesidades identificadas (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012). Las características del proceso que lo hacen flexible (es decir, que se adapta a cualquier campo), dinámico (que responde a los diferentes cambios de la persona, grupo o comunidad), sistemático (debe ser organizado en un plan estructurado), con sustento teórico, individualizado y continuo:

- Es un importante instrumentó en la práctica profesional porque se asegura de la calidad en los cuidados del individuo, de la familia o de la comunidad.
- Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y realizar la investigación en enfermería.
- Se asegura la atención individualizada.
- Es considerada una gran ventaja para el profesional de enfermería que presenta la atención y para quien recibe esta atención, permitiendo evaluar el impacto de la intervención (Ríos, 2012).

Las ventajas de la aplicación del PAE:

- Permiten a los usuarios participar en su propio cuidado, garantizar la respuesta a los problemas reales y potenciales del mismo, recibir atención individualizada continua y de calidad dando prioridad a los problemas.
- En las instituciones de salud unifican criterios de atención, acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, por lo tanto, reduce la incidencia de las estancias hospitalarias; por ello se crea un plan de costo-efectivo, tanto en términos de sufrimiento del individuo como de gastos económicos.
- En el personal de enfermería, la aplicación del proceso facilita la comunicación, propicia el crecimiento profesional, la satisfacción en el trabajo, permite conocer los objetivos de atención importantes para el usuario de forma holística e integral (Ríos, 2012).

## **Fases del Proceso Atención de Enfermería.**

### **Valoración.**

Es la primera fase, se utiliza un método continuo, en el que se presenta una secuencia de recolección de datos sobre el estado de salud de la persona, la familia y comunidad de forma organizada, sistemática, cíclica y precisa (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).

Tipos de valoración:

- Global (Holística): se toman los datos básicos o de referencia. Cubre todos los aspectos con un enfoque propio de enfermería, como los patrones empíricos funcionales de respuestas humanas o de necesidades que permiten determinar el estado de salud de la persona, la familia o la comunidad.
- Focalizada: es continua y centrada en puntos concretos, brinda información detallada sobre el estado de un problema de salud específico, por lo tanto es necesario realizar valoraciones periódicas para un control (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).

Etapas de la valoración:

1. Recolección de datos: se reúne toda la información sobre la persona, la familia y la comunidad.
2. Validar los datos: se verifica que la información recolectada sea veraz y exacta.
3. Organizar los datos e identificar patrones de salud o de enfermedad. (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).

En la etapa de recolección de datos consiste en tres puntos importantes:

1. Observación.

Permite apreciar la forma, color, tamaño, simetría y movimientos de las estructuras superficiales. Implica el uso de sentidos: audición, visión, olfato, gusto, tacto, sentido cenestésico, vestibular, estos nos facilitan realizar el proceso cognitivo desde las sensaciones y la percepción. Por ejemplo, estado de conciencia, de ánimo, higiene, movimientos/limitaciones, estado y coloración de la piel, postura, nutrición, etc. (Ríos, 2012).

2. Historia clínica.

Es un interrogatorio que el personal de enfermería le realiza al paciente, que tiene con finalidad obtener información específica, facilita la relación interpersonal y permite al entrevistado participar en la identificación de problemas de salud. Datos que se deben recopilar durante la historia clínica son:

- Datos bibliográficos: nombre y apellidos, edad, sexo.
- Antecedentes: diagnósticos y tratamientos, antecedentes heredo-familiares, antecedentes de riesgo, antecedentes gineco-obstetricos, factores de riesgo y predisponentes, alergia e intolerancia, inmunizaciones, manejo efectivo del régimen terapéutico, escalas de valoración previas, diagnósticos de enfermería pendientes a resolver.
- Estilo de vida y datos socio-culturales: sueño y descanso, actividades de la vida diaria, estado civil, ocupación (trabajo, jubilación, estudio, desempleo), etnia, religión, creencias valores.
- Hábitos alimentarios: ingesta de alimentos excesivamente calientes o fríos, preparación o conservación en recipientes inadecuados, presencia de

micotoxinas por enmohecimiento durante su almacenamiento, insuficiente cantidad (hipo-alimentación), excesiva abundancia (hiper-alimentación), transmisores de agentes morbosos, mala tolerancia, en los enfermos tratados con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o en el síndrome carcinoide (productor de serotonina), y hábitos de consumo de tabaco, alcohol y drogas.

- Datos fisiológicos, psicológicos: información cefalocaudal o por sistemas, factores estresantes y patrón de afrontamiento, escalas de valoración actual.
- Recurso: recursos propios, de apoyo y soporte, financieros, materiales, asistencia sanitaria, entorno del paciente, situación domiciliaría y económica.
- Seguridad del paciente: riesgos y herramientas para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente basados en la evidencia, seguridad en el entornos sanitario, domiciliario y laboral (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012; Rubio, 2016).

### 3. Exploración física:

Es el adiestramiento basado en la educación de nuestros sentidos y equipos para la exploración física.

- **Palpación:** es un método de exploración en el cual se utiliza el sentido del tacto. Permite el examen de las partes normales o patológicas colocadas bajo la piel o en cavidades naturales de pared flexible, como el abdomen y el escroto, por la aplicación metódica de los dedos o la mano sobre la superficie cutánea. Existe dos tipos de palpación:

1. **Palpación unimanual:** se utiliza en la exploración precordial, las paredes torácicas, la tensión del vientre y se pueden palpar algunos órganos abdominales (hígado, bazo, ciego, colon sigmoideo) que asientan en la línea media, en los hipocondrios o en las fosas ilíacas, lugares donde existan un plano posterior de apoyo resistente.
2. **Palpación bimanual:** se utilizan ambas manos pueden ser activas, como en la maniobra de la “amplexación” que comprende entre ellas sucesivamente ambas mitades del tórax, permiten apreciar las

diferencias de volumen, especialmente en los derrames y en los síntomas pleurales, se puede reconocer por una presión suficiente la existencia de fracturas costales, gracias a la crepitación ósea y al dolor provocado (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).

- Percusión: este método consiste en golpear suavemente la superficie del cuerpo con el fin de obtener sonidos cuyas cualidades permiten percibir el estado físico del órgano subyacente. La percusión comparativa, se compara el sonido que se obtiene con el que normalmente se encuentra en esa misma región. Los métodos para la percusión son:
  1. Inmediata o directa: se usa golpeando directamente con los dedos de una mano dispuestos en forma de gancho o mano de comadrón. No se utiliza con mucha frecuencia, a veces se utiliza en la regiones blandas en sonido que produce es muy apagado y poco claro. Se recurre para avalorar clapoteo gástrico, etc.
  2. Resorte: variable del anterior método, consiste en que el dedo medio o índice flexionados o con los dedos agrupados. Se disparan contra la pared abdominal. Es útil para diagnosticar un derrame peritoneal libre.
  3. Medial o dígito-digital de Gerhardt: se interpone entre el dedo que golpea (dedo percutor) y la superficie del cuerpo, un dedo (medio o índice) de la otra mano (dedo plesímetro).
  4. Con la faceta dorsal de los dedos: consiste en que los dedos ligeramente flácidos, se golpean rítmicamente y con suave energía la superficie a estudiar.
  5. Puntiforme: se aplica solamente del extremo de la falange terminal del dedo plesímetro, estando los restantes dedos elevados y separados de la piel con la finalidad de no amortiguar las vibraciones producidas y de restringir al máximo la superficie plesimétrica del dedo.
  6. Orto-percusión digital de Plesch: consiste en flexionar en ángulo recto de la II falange del dedo percutido sobre la I, aplicarlo apoyándolo en la

extremidad distal de la II falange, colocada verticalmente continuando con la II y percutir sobre la interlínea articular entre I y II falanges

7. Percusión a saltos, de Neumann: consiste en golpear rápidamente y retirar con rapidez el dedo percutor una vez obtenido el sonido. El golpe es seco, ligero, y elástico (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).
- Auscultación: método de exploración clínica, consiste en aplicar el sentido del oído para recolectar todos los sonidos o ruidos que se producen en los órganos. Los ruidos presentados pueden ser originados por el propio órgano o en el órgano mismo, pero sin que este los provoque inmediatamente en su producción (soplos cardíacos). La auscultación puede ser:
    1. Directa (inmediata): aplicando la oreja, ejerciendo cierta presión, directamente sobre el cuerpo del examinado. No se requiere instrumento y obtienen ruidos intensos y puros.
    2. Indirecta (mediata): se ausculta mediante un estetoscopio o fonendoscopio. Es el método más empleado para encontrar sonidos anormales con más facilidad (Bello, et al., 2006; Ríos, 2012).

### **Diagnóstico.**

Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que se deriva a través de un proceso sistemático con relación de datos y análisis, con el fin de proporcionar cuidados de la salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Clasificación:

- Predominantes o propios de Enfermería: son razonamientos clínicos, sobre las respuestas de la persona, de la familia o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales, reales o potenciales, que promueven intervenciones de enfermería y de responsabilidad de los enfermeros.
- Colaborativos: también conocidas como claves diagnósticas, se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que pueden ser controladas por enfermería detectando su aparición o cambios en el estado de salud del paciente (Ríos, 2012).

### Tipos de diagnósticos:

- Diagnóstico enfermero focalizado en el problema: está enfocado a la respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad, a un problema de salud / proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de riesgo: la relación con la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad de desarrollar una respuesta no deseada a un problema de salud / proceso vital.
- Diagnóstico enfermero de promoción de la salud: juicio clínico en relación con la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud. Estas respuestas se expresan por una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud y pueden ser utilizadas independientemente del estado de salud. La respuesta de este diagnóstico se puede dar en una persona, familia, grupo o comunidad.
- Diagnóstico enfermero de síndrome: es un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, y por lo que, la mejor forma para ser abordados es conjuntamente, a través de intervenciones similares (Heather, et al., 2019).

### Pasos para elaborar un diagnóstico:

En la fase diagnóstica se siguen cuatro pasos:

1. Preparación de los datos: el personal de enfermería recolecta información acerca de un determinado paciente resulta importante para el desarrollo del diagnóstico y la planificación de los cuidados (Universidad Nacional Autónoma de México, 2020).
2. Formulación del diagnóstico de enfermería: se interpretan los datos recogidos en la valoración y obtención de la historia clínica. Los elementos para la elaboración del diagnóstico:
  - a. Etiqueta, factores relacionados y características definitorias.

- i. Etiqueta diagnóstica: se proporciona un hombre al diagnóstico que incluye el núcleo diagnóstico y el juicio. Proporciona una descripción clara y concisa.
    - ii. Características definitorias: son indicios, características observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real o de promoción de salud; se conocen los signos y síntomas que presenta el paciente.
    - iii. Factores relacionados: factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Solo los diagnósticos reales y los síndromes tienen factores relacionados.
  - b. Sistema PES (problema, etiología, signos y síntomas):
    - i. P: problema de salud, corresponde con la etiqueta diagnóstica.
    - ii. E: etiología, refleja las causas que favorecen la aparición del problema de salud.
    - iii. S: Sintomatología, se constituye por los signos y síntomas que aparecen como consecuencia del problema (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2016).
3. Validación del diagnóstico: antes de plasmar el diagnóstico en papel es útil confirmar con exactitud:
  - a. ¿Tiene una base de datos que es precisa y completa, refleja tanto los antecedentes como la valoración física?
  - b. ¿Puede identificar un patrón?
  - c. ¿Parece compatible la definición de respuesta humana que ha seleccionado con el patrón que se ha identificado?
  - d. ¿Coinciden los datos de la valoración con las características definitorias del diagnóstico de enfermería que ha seleccionado?
  - e. ¿Los factores relacionados constituyen los asociados a las respuestas humanas?
  - f. ¿Puede resolverse el diagnóstico mediante intervención de enfermería independiente?

4. Documentación: después de desarrollar y conformar la explicación del diagnóstico, el profesional de enfermería lo documenta en el expediente clínico del paciente. La localización puede variar según el centro y se deberán seguir las políticas o directrices institucionales (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2016).

#### Diagnósticos de enfermería. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Según la NANDA 2018-2020, el “diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad” (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2016). La NANDA versión 2018-2020, la 11va edición, la taxonomía proporciona 244 diagnósticos, con la adición de 17 diagnósticos nuevos.

Construcción del diagnóstico de enfermería:

1. Identificar las respuestas humanas que pueden presentar la persona ante un problema de salud, proceso vital o manejo terapéutico; puede ser de tipo fisiológico, de percepción, de sentimientos y de conducta.
2. Referirse a la segunda parte de la Taxonomía II de Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación NANDA.
3. Situarse en el esquema de dominios y clases. Y seleccionar el o los dominios correspondientes a la función vital o en riesgo potencial.
4. En el mismo esquema, seleccionar la clase correspondiente al área o localización de la función en la que se ubica la función vital o en riesgo potencial.
5. Seleccionar la etiqueta diagnóstica que se adecue con lo anterior mencionado.
6. Ya definida la etiqueta diagnóstica, buscar en orden alfabético el eje diagnóstico como el elemento principal de la misma.
7. Al localizar la etiqueta diagnóstica se encontrará los siguientes datos:
  - a. Etiqueta Diagnóstica (ED): Protección Inefectiva, Año en la que fue aceptada la etiqueta diagnóstica en la NANDA. Nivel de evidencia (NDE). Número de código. Ejemplo: 000043.
8. Poner la definición de la etiqueta.

9. Características definitorias se pueden observar y medir. Representan las respuestas humanas manifestadas por signos y síntomas.
10. Factores relacionados que pueden modificar el estado de salud o influir en el desarrollo de un problema.
11. Se ponen conectores relacionados con (R/C) y manifestado por (M/P) son empleados para darle construcción semántica a la oración del diagnóstico. Los factores relacionados y las características definitorias serán seleccionados según la prioridad correspondiente al estado de salud y al problema a resolver del paciente (Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, 2016).

### **Planeación.**

Es el proceso que completa el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico. Tipos de planeación:

- Inicial: la planeación debe iniciarse tan pronto como sea posible tras la valoración inicial.
- Continua: a medida que se va obteniendo nueva información y se van valorando las respuestas del paciente a los cuidados.
- Alta: proceso de prever y planificar las necesidades tras el alta, es una parte esencial del cuidado integral de la salud y se debe abordar en cada plan de cuidados del paciente (Ríos, 2012; Universidad Nacional Autónoma de México, 2020).

Etapas en el plan de cuidados:

- A. **Establecer prioridades en los cuidados:** se seleccionan los problemas que son factores contribuyentes de otros problemas y se dan mayor prioridad.

Pasos:

1. Identificar lo que podría suceder si se espera a resolver el problema.
2. Identificar los problemas que requieren soluciones simples.
3. Desarrollar una lista inicial de problemas y sus causas.
4. Estudiar la lista de problemas que se ha realizado, decidir cuáles requieren intervenciones de enfermería.

5. Determinar un grupo de problemas prioritarios que se deben abordar en el plan de cuidados.
  6. Estudiar los diagnósticos de enfermería y determinar los inusuales y complejos para desarrollarlo (Ríos, 2012).
- B. **Determinar objetivos o resultados esperados:** los objetivos son indicadores para la selección de intervenciones de enfermería y criterios en la evaluación de las intervenciones de enfermería. Características:
- La formulación debe ser simple, clara y concisa.
  - Debe ser propio del sujeto o su familia.
  - Debe ser observable y mensurable.
  - Debe evolucionar con la situación.
  - Su formulación incluye un verbo de acción.
  - Puede afectar a diferentes campos como psicomotor, afectivo o cognitivo.
  - Debe relacionarse con la parte del problema del diagnóstico (Ríos, 2012).

Componentes que debe presentar el enunciado:

- Sujeto: persona que espera el resultado, paciente.
- Verbo: acción que se realizará para alcanzar el resultado.
- Condición: circunstancia que está presente en la acción. Explica qué, cuando, donde.
- Criterio: medida en que tiene que realizarse. Estos criterios pueden especificar el tiempo o la velocidad, la precisión, la distancia y la calidad.
- Momento específico: cuando se hará.

Clasificación de objetivos:

- Competencia cognitiva: son resultados esperados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales. Entre ellos están: enseñar, discutir, identificar, describir, listar, y explorar.
- Competencia afectiva: asociados con cambios de actividades, sentimientos o valores. Los más utilizados son expresar, compartir, escuchar, comunicar y relajar.

- Competencia psicomotor: están asociados con el desarrollo de habilidades psicomotoras. Tenemos que demostrar, practicar, realizar, andar, administrar y dar (Ríos, 2012).

### **C. Determinar actividades**

Intervenciones: son actividades que realiza el personal de enfermería para controlar o estabilizar el estado de salud de un paciente, prevenir, resolver o controlar un problema. Existen dos tipos de intervenciones de enfermería: 1. Las propias de enfermería que son planteadas y ejecutadas por el personal de enfermería, y 2. Las derivadas o delegadas de la prescripción médica. Ambas requieren el juicio de enfermería independiente.

Tipos de intervenciones:

1. Dependientes: son actividades relacionadas con la puesta en práctica de las situaciones médicas; estas señalan la manera en que se ha llevado a cabo una actuación médica.
2. Interdependientes: aquellas actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud; estas pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, etc.
3. Independientes: actividades de enfermería dirigidas a las respuestas humanas que están legalmente autorizadas a atender, y no requieren la orden previa de un médico (Ríos, 2012; Universidad Nacional Autónoma de México, 2020).

Las características de las actuaciones de enfermería son:

- Deben tener coherencia con el plan de cuidados.
- Basadas en principios científicos. Los paradigmas de salud se basan contemporáneamente la enfermería, empírico- analítico, hermenéutico-interpretativo y sociocrítico, con ellos se fundamentan las decisiones y actuaciones de enfermería.
- Son individuales para cada situación en concreto.
- Proporcionar un medio ambiente seguro y terapéutico.

- Se comprende la utilización de recursos propios (Ríos, 2012; Universidad Nacional Autónoma de México, 2020).

#### **D. Planificación de las intervenciones:**

Las acciones de la planificación de los cuidados integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnósticos enfermeros:

1. Diagnóstico enfermero real: eliminar factores contribuyentes, promover el bienestar, controlar la salud.
2. Diagnóstico enfermero de alto riesgo: reducir o eliminar factores de riesgo, evitar y controlar el inicio del problema.
3. Diagnóstico enfermero posible: recoger datos adicionales para que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.
4. Diagnóstico enfermero interdisciplinario: monitorear los cambios presentados, y así brindar las acciones prescritas por el médico y por la enfermera (Ríos, 2012).

Determinación de intervenciones específicas para los problemas:

1. Determinar una valoración de referencia del estado actual de signos y síntomas.
2. Buscar intervenciones que prevengan o reduzcan las causas subyacentes del problema, que ayuden a lograr los resultados esperados.
3. Determinar la valoración focalizada.
4. Asegurar que la intervención no interfiera con otras terapias.
5. Considerar las limitaciones y preferencias del paciente.
6. Conocer las razones científicas para las acciones planificadas.
7. Crear oportunidades para educación en salud.
8. Consultar con otros profesionales (Ríos, 2012).

#### **E. Documentación del plan de cuidados:**

Plan de cuidados: guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un paciente.

- Objetivos: van dirigidos a los cuidados de enfermería, facilita la continuidad del cuidado, es el único registro que compruebe lo realizado.

- Características: está escrito por enfermeras tituladas, ser iniciado después de la primera interacción con el paciente, es accesible y actual.
- Componentes: tiene un breve perfil del paciente, los diagnósticos de enfermería, objetivos, las órdenes de enfermería (actividades), y la evaluación que es el informe de evolución (Ríos, 2012).

#### Tipos de planes.

- Individualizado: aquel donde el personal de salud define una persona o grupo determinado. Basándose en una valoración detallada del paciente y los problemas que son detectados durante la valoración. Los cuidados y los resultados que se esperan de esa valoración son específicos para un paciente.
- Estándar: es el resultado de un trabajo con fundamentación científica, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una.
- Estandarizado con modificaciones: permite la individualización, al dejar opciones abiertas en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: se requiere la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son de utilidad si permiten la individualización a un paciente concreto (Universidad Nacional Autónoma de México, 2020).

NIC. La Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC), recoge las intervenciones de enfermería con ayuda del diagnóstico enfermero, que son adecuadas al resultado que se espera obtener del paciente, incluyendo acciones encaminadas para alcanzar dicho fin. NIC utiliza un lenguaje estandarizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería con un lenguaje normalizado que ayude a comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y que ayuda a la mejora

de la práctica a través de las investigaciones. Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales (Ríos, 2012).

### **Ejecución.**

Es la operación y la ejecución del planteamiento de la atención de enfermería. Consiste en la ejecución de las actividades para lograr. Esta fase implica tres etapas:

Preparación: para el desarrollo de cada actividad lo que requiere de conocimientos, habilidades, recursos y ambiente. Consiste en una serie de actividades:

1. Revisión de actuaciones de enfermería planeadas.
2. Valorar de nuevo al paciente.
3. Análisis de los conocimientos y habilidades de enfermería que se necesitan.
4. Identificación de las complicaciones potenciales que conllevan a las actuaciones concretas de enfermería.
5. Obtención de recursos necesarios (tiempo, personas, material).
6. Preparación de un ambiente idóneo para las actividades.
7. Identificación de los aspectos legales y éticos de las intervenciones que se van a ejecutar (Ríos, 2012).

Intervención: es la iniciación de las actuaciones de enfermería dirigidas a satisfacer las necesidades físicas y emocionales del usuario.

- No realizar nunca una intervención hasta conocer la razón científica.
- Revalorar si la acción aún es apropiada.
- Incluir al paciente y a la familia.
- Cerciorarse de conocimiento de los protocolos y procedimientos de la institución (Ríos, 2012).

Documentación: es una guía para el registro de las observaciones.

- Uso de tinta y letra legible.
- Ser preciso.
- Firmar siempre con la inicial del nombre, el primer apellido y credencial.

- No dejar nunca líneas en blanco.
- Anotar las variaciones de lo normal y el estudio de las vías (Ríos, 2012).

### **Evaluación:**

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y si las actividades deben modificarse. Es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud y los resultados esperados (Ríos, 2012).

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Definición de criterios de resultado: “Es el objetivo o el resultado esperado en un proyecto de salud.” Uno de los objetivos NOC es el de identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad. Los Criterios de Resultado deben dar a los profesionales de enfermería la oportunidad de evaluar los resultados que dependen de la práctica enfermera y éstos se pueden utilizar en la práctica, en la investigación y en la formación de futuros profesionales. Se pueden utilizar no sólo para evaluar el estado actual sino para identificar el estado que se espera obtener. Se pueden manejar como objetivos a conseguir en los planes de cuidado estándar, protocolos y vías clínicas. Los datos, una vez cuantificados, pueden utilizarse para gestionar los resultados, para proporcionar información en la investigación sobre efectividad y eficacia y en la administración de los cuidados (Ríos, 2012; Heather, et al., 2019).

Evaluación del plan de cuidados individual:

- Evaluación del logro de los resultados.
- Identificación de las variables, o factores, que afectan el logro de los resultados esperados.
- Decisión sobre si continuar, modificar o dar por finalizado el Plan de cuidados.
- Continuación, modificación o finalización del Plan (Ríos, 2012).

Para la evaluación del logro de los resultados implica los siguientes pasos:

- 
1. Realizar una valoración para determinar el estado de salud y la disponibilidad para comprobar el logro de los resultados esperados.
  2. Hacer una lista de los resultados determinados en la planeación.
  3. Valorar lo que el paciente es capaz de hacer en relación con los resultados esperados.
  4. Comparar la conducta del usuario (o los datos) con los resultados esperados (Ríos, 2012).

## Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon

Marjory Gordon (1931 – 2015) fue una teórica y profesora estadounidense, creó una teoría de valoración de enfermería conocida como “Patrones funcionales de Salud de Gordon”. También fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería (Ibáñez, et al., 2010; López, 2019).

Los Patrones Funcionales de Gordon, fueron creados en 1982 por ella para enseñarles a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston cómo se debía realizar la valoración a los pacientes, ya que los individuos son una configuración de comportamientos, más o menos comunes en todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo (Ibáñez, et al., 2010; López, 2019).

Marjory Gordon nos decía que: “Los patrones funcionales de salud describen una serie de once áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos construidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones” (Ibáñez, et al., 2010).

Esta valoración por Patrones Funcionales, tiene el objetivo de determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para así determinar un diagnóstico de enfermería que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad. El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, entre otras; un patrón disfuncional puede aparecer ante un problema de salud, o puede conducir a él (Ibáñez, et al., 2010; López, 2019).

Al realizar la valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento del otro. La

valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración; pero hay que tener en cuenta que la valoración por patrones funcionales y la valoración por necesidades se complementan, ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de las necesidades básicas (Ibáñez, et al., 2010).

- **Patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud.**

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar, y como lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar: describa su estado de salud.
  - Recursos que utiliza para mantener la salud. Participa en aspectos relacionados con su enfermedad.
  - Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.
  - Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones.
  - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.
  - Tos inefectiva / no productiva.
  - Fumador: n° cigarrillos/día.
  - Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.
- **Patrón 2: Nutricional- Metabólico.**

Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Incluye lesiones sobre cualquier lesión cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal, también incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- N° comidas/día; ingesta líquidos/día; n° calorías/día; estado nutricional; alimentación adecuada.
  - Sigue algún tipo de dieta.
  - Necesidad de ayuda para alimentarse.
  - Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; prótesis dentales y/o problemas de dentición; sonda nasogástrica.
  - Inapetencia; existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos); alteración de peso.
  - Intolerancia alimenticia.
  - Otras pérdidas de líquidos.
  - Temperatura.
  - Higiene general: corporal, bucal, cabello, uñas.
  - Estado de piel y mucosas: características de hidratación, colocación, elasticidad.
  - Valoración de miembros inferiores y pies.
  - Peso; talla; IMC.
- **Patrón 3: Eliminación.**

Describe la capacidad del individuo en relación a la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

Eliminación intestinal:

- Frecuencia.
- Características de las heces: líquida, formada, dura, blanda.
- Presencia de alteraciones en la eliminación: incontinencia, estreñimiento, dolor, hemorroides, gases, entre otras.
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Hábitos que dificultan o ayudan a la defecación: dieta, ejercicio, entre otros.
- Utilización de algún medio para favorecer la defecación: laxantes.
- Fármacos, otros.
- Ostomía.

Eliminación urinaria:

- Frecuencia.
- Características de la orina.
- Presencia de alteraciones: incontinencia, retención, poliuria, urgencias urinarias, nicturia, otras.
- Hábitos que dificultan o ayudan a la micción.
- Recursos que utiliza: absorbentes, colector, sonda y manejo.
- Urostomía.
- Nivel funcional para el uso del WC.
- Sudoración: normal o excesiva.

- Otras pérdidas de líquidos: exudado de heridas / drenajes / aspiración gástrica.

- **Patrón 4: Actividad- Ejercicio.**

Describe las capacidades para la movilidad autónoma y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa. También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo. La valoración de patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: deambulante/sillón-cama/encamado.
- Actividad física habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/pasea ocasionalmente/pasea diariamente/practica algún deporte.
- Nivel funcional para la actividad/movilidad.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).
- Dificultades o limitaciones para mover: brazos/piernas/manos/columna.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: pérdida de fuerza, falta o reducción de energía para tolerar la actividad.
- Inestabilidad en la marcha.
- Alteraciones motoras: temblor, hipertonía, hipotonía, tics, enlentecimiento psicomotor, inquietud, agitación, otros.

Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal.

- Higiene general.
- Capacidad funcional para el baño/higiene general.
- Requiere ayuda para ponerse/quitar la ropa.
- Alteraciones respiratorias: disnea, respiración superficial, uso de la musculatura accesoria, tos inefectiva/no productiva, secreciones abundantes.
- Tubos respiratorios, traqueotomía, laringectomía, mediación respiratoria: oxígeno, inhaladores, entre otros. Utilización correcta/ incorrecta.
- Actividades de ocio.

- **Patrón 5: Sueño- Descanso.**

Describe la efectividad del sueño- descanso desde la perspectiva del paciente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario es algo a lo que no se presta atención. Algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más, así mismo lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día.
- Percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso habitual.
- Percepción del nivel de energía habitual.
- Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?
- Ayudas para dormir: rutinas de ir a la cama, toma de medicación, de sustancias naturales, práctica de ejercicios de relajación, lugar dónde duerme/descansa, entre otras.

- Cambios en el patrón del sueño habitual: dificultad para conciliar el sueño, interrupciones del sueño, sueño no reparador, duerme durante el día, desvelo prolongado, presenta pesadillas.

- **Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.**

Conoce el estado de la capacidad cognitiva del paciente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia) (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Nivel de escolarización: analfabeto, sabe leer y escribir o nivel de estudios (si procede).
- Presenta dificultad para el aprendizaje.
- Presenta pérdidas de memoria inmediata y memoria remota.
- Tomar decisiones ¿le resulta fácil/difícil?
- Problemas con el lenguaje hablado.
- Alteraciones sensorio-perceptivas. Déficit visual, déficit auditivo. Corregidas.
- Dolor crónico/agudo, localización e intensidad. Ayuda para disminuir el dolor: medicamentos/higiene postural/métodos físicos naturales/otros.
- Nivel de conciencia: consciente, somnoliento, obnubilado, estuporoso, comatoso.
- Nivel de orientación: orientado, desorientado en el tiempo, en el espacio, con las personas.
- Sensibilidad aumentada o disminuida al frío o al calor.

- **Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.**

Conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actividades hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los

patrones de voz y conversación. Generalmente la valoración del autoconcepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello esta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- ¿Cómo se ve así mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así, ¿cómo los ha asumido?
- La mayor parte del tiempo, se siente conforme consigo mismo.
- Se enfada frecuentemente. Se aburre. Suele sentir ansiedad, tristeza ¿Qué cosas le hacen que esto le ocurra?
- ¿Tiene periodos de desesperanza, de falta de ilusión?
- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
- Observar y registrar datos sobre lenguaje no verbal: la postura corporal, el movimiento, contacto ocular, patrones de voz y conversación, si presenta nerviosismo o está relajado, si es asertivo o pasivo al contestar.

• **Patrón 8: Rol – Relaciones.**

Describe el patrón de compromiso del rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles. Describe el patrón del paciente de los roles familiares y sociales. La percepción del cliente acerca de sus patrones de relaciones (satisfacciones e insatisfacciones). Deben obtenerse los problemas percibidos por el paciente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos relevantes que deben valorarse:

- ¿Con quién vive? Estructura familiar.
- Problema familiar que le resulte difícil de tratar.
- ¿Tiene alguna persona a su cargo? ¿Qué tal lo lleva?

- ¿Cómo vive la familia su enfermedad/hospitalización?
- ¿Tiene problemas con sus hijos? ¿Dificultad para tratar con ellos?
- ¿Tiene amigos próximos?
- ¿Se siente solo con frecuencia?
- ¿En el trabajo generalmente las cosas marchan bien?
- Si procede ¿los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades?
- ¿Se siente parte (o aislado) del barrio donde vive?
- ¿Conoce los recursos disponibles de la comunidad?
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Condiciones de habitabilidad/ seguridad del hogar.

- **Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.**

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. Incluye el estado reproductor en las mujeres, pre menopausia o postmenopausia y los problemas percibidos. El objetivo de la valoración en el patrón de la sexualidad-reproducción es describir la percepción de los problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Si procede según la edad y situación: ¿las relaciones sexuales son satisfactorias? ¿Ha habido cambios? ¿Problemas?
- Si procede ¿utiliza anticonceptivos? ¿Problemas?
- En mujeres:
  - Embarazos/abortos.
  - Edad menarquia. ¿Mantiene las reglas? (Sí: regulares o no).
  - Edad de la menopausia. Problemas post menopáusicos.

- **Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.**

Describe el patrón de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda, y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?
- Afrontamiento de la enfermedad: verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda.
- Falta de información sobre el proceso de enfermedad o la salud.
- Alteración en la participación social.
- Cansancio.
- Cambio en los patrones de la comunicación.
- Manipulación verbal.
- Tabaquismo excesivo.
- Consumo excesivo de bebidas.
- Falta de apetito.
- Sensación habitual de estrés.
- Participación en la toma de decisiones que le afectan.
- Conocimiento de los recursos disponibles.

- Sensación de utilidad.
- Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales.

- **Patrón 11: Valores y Creencias.**

Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. Cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes (Ibáñez, et al., 2010; Abad, 2019).

Datos más relevantes que deben valorarse:

- Jerarquía de valores.
- ¿Es religioso?
- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?
- Actitud ante enfermedad y/o la muerte.
- Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, entre otros.
- Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar.
- Grado de satisfacción en las relaciones familiares y sociales.
- Valores y creencias socioculturales y religiosas de la familia o grupo de pertenencia.

- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.
- Planes de futuro.
- Posesión de testamento vital.

### **Patrones funcionales en salud mental**

En un artículo de enfermería, mencionan que los “Patrones Funcionales de Salud” de Marjory Gordon es un instrumento de valoración capaz de describir el estado de salud inicial y continuo de una persona, familia o grupo; se menciona que este podría ser adaptado a los pacientes de las unidades de salud mental. Según el artículo, las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los campos de: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, reacciones somatoformes, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad (Fornés, 1997).

La descripción y evaluación de los once patrones funcionales, permite a la enfermera determinar si la función de aquellos es positiva o, si existe una disfunción. Estos patrones deben considerarse interrelacionados, interactivos e interdependientes. Durante la recolección de datos o fase de valoración, se va construyendo un patrón de salud desde las descripciones del paciente y las observaciones de la enfermera. Durante el proceso de recogida de datos, realizado a través de la historia y examen de enfermería, es preciso tener en cuenta según Gordon que no todos los patrones son observables y que deben ser contruidos a base de intercambio de información y actividades cognitivas; ya que el significado de un patrón o los aspectos que lo conforman, pueden variar de unos individuos a otros (Fornés, 1997; López, 2019). En psiquiatría podríamos describir a los patrones funcionales de la siguiente forma:

- Patrón 1: Percepción y mantenimiento de la salud.

Describe la percepción que tiene el paciente de su estado general de salud y las influencias sobre éste de los conocimientos y prácticas realizadas al respecto. Desde esta perspectiva, los aspectos psicopatológicos que se considera pueden alterarlo y que, por tanto, merecen ser valorados por enfermería (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 2: Nutricional- Metabólico.

Describe los hábitos (cantidad y tipos) de comida y el consumo de líquidos relativo a las necesidades metabólicas diarias, así como preferencias alimentarias y uso de nutrientes o vitaminas suplementarias. Desde el punto de vista de la psicopatología pueden contribuir a la disfunción de este patrón la anorexia, la bulimia, la soledad, la tristeza, el aburrimiento y los pensamientos distorsionados (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 3: Eliminación.

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea). Incluye también la percepción del individuo respecto a la regularidad de la función y el uso de laxantes o cambio de hábitos (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 4: Actividad- Ejercicio.

Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y recreación. Estas habilidades pueden estar influenciadas por el desarrollo de la coordinación, fuerza, destreza/experiencia, estado nutricional, estado de ánimo, percepción de beneficios/riesgos, entre otros. Además de múltiples factores fisiológicos, desde la perspectiva psicopatológica pueden contribuir a la alteración de su función: la crisis de angustia, la depresión, los estados maníacos y los trastornos psicomotores (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 5: Sueño- Descanso.

Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación. Incluye la percepción de la calidad y cantidad de sueño y descanso, Además de la edad, la preocupación por la hospitalización y el temor a los ambientes desconocidos, entre los principales factores psicopatológicos que pueden contribuir a su alteración cabe destacar: la ansiedad/estrés, la depresión y las alteraciones cognitivo-perceptivas (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo.

Describe los patrones senso-perceptivos y cognitivos. Describe también la percepción y manejo del dolor así como las funciones cognitivas relacionadas con la atención, orientación, memoria, razonamiento, lenguaje, resolución de problemas, entre otros. En Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental, se considera uno de los patrones más importantes ya que suele estar alterado en todos, o casi todos los casos (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.

Describe la percepción que tiene de sí mismo el paciente según cuatro variables principales: imagen corporal, estimación propia, cumplimiento de cometido (competencia) e identidad personal. Puede verse alterado por sentimientos de desamparo, amenazas reales o percibidas, situaciones de estrés incontrolable, pérdida de parte del cuerpo o función del mismo, falta de adecuación a los refuerzos sociales, entre otros. Incluye en su valoración información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias. Es importante valorar aspectos verbales y no verbales (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 8: Rol – Relaciones.

Describe la percepción de los principales roles y responsabilidades personales en situaciones normales de la vida. Además de factores sociolingüísticos y fisiológicos, desde el punto de vista psicopatológico pueden actuar como factores contribuyentes en la disfunción de este patrón: la enfermedad física o mental, el estrés, el miedo, la ira y la agresividad (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 9: Sexualidad- Reproducción.

Incluye la percepción de satisfacción o disfunción que tiene el individuo en su patrón sexual o de reproducción. Está estrechamente relacionado con el patrón de rol-relaciones. Además de un déficit de conocimientos, consecuencias de tratamientos o intervenciones terapéuticas, de falta de intimidad, ausencia disfunción de algún miembro o parte del cuerpo, entre otros, existen algunos trastornos psicopatológicos

---

(problemas de identidad, culpa, sentimientos o abusos deshonestos, violaciones, agresiones, entre otros) que pueden interferir un funcionamiento positivo de este patrón, tanto en la víctima de agresiones/lesiones como en la persona mentalmente enferma (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Incluye la capacidad de resistencia a los cambios, las formas de controlar el estrés, el soporte familiar o de otros sistemas y la percepción de habilidad que tiene el individuo para controlar situaciones estresantes. Se reconocen como factores contribuyentes a la disfunción de este patrón, todos aquellos susceptibles de desencadenar un estado de ansiedad puntual o permanente, ya sea por motivos personales (por ejemplo estilos de pensamiento), socio-culturales o laborales (Fornés, 1997; López, 2019).

- Patrón 11: Valores y Creencias.

Incluye la percepción de lo que una persona considera importante en la vida y cualquier conflicto en los valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud (Fornés, 1997; López, 2019).

## Trastorno Obsesivo Compulsivo

### Definición

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (por sus siglas en español TOC) es un trastorno psiquiátrico duradero caracterizado por presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes persistentes, incontrolables y recurrentes, que llegan a experimentarse como intrusivos y no deseados, en cambio las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta de una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Arrollo, et al., 2018; National Institute of Mental Health, 2018).

### Tipos de Trastorno Obsesivo Compulsivo:

- **Contaminación/Lavado:** el patrón más común es la obsesión de contaminación, son ideas de poder contaminarse o quedar contaminado. Los pacientes con obsesión de contaminación suelen creer que esta contaminación se extiende de un objeto a otro o de una persona a otra con el mínimo contacto. Como compulsión se manifiesta con lavado o limpieza exagerada, junto con la evitación compulsiva del objeto supuestamente contaminado (Cárdenas, et al., 2010; Martínez, 2018).
- **Verificadores:** personas que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra un determinado accidente. Se sienten obligados a comprobar objetos, revisar cajones, puertas y aparatos electrónicos para asegurarse que estén cerrados, con seguro o apagados. Presentan temor excesivo e irracional de causar daños a sí mismos o a los demás a causa de una falta de control (Martínez, 2018).
- **Repetidores:** individuos que se empeñan en la ejecución de acciones repetitivas (Martínez, 2018).
- **Ordenadores:** son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas.

- **Ritualizadores mentales:** acostumbran a recurrir a pensamientos o imágenes repetitivos, llamados compulsiones mentales, con el fin de eliminar la ansiedad que le provocan las ideas que originan su mente.
- **Numerales:** buscan sentido a los números que les rodean, ya sea sumándolos, restándolos, cambiándolos hasta que les dé un número significativo para ellos (Martínez, 2018).
- **Atormentados y obsesivos puros:** experimentan pensamientos negativos frecuentes, que resulten incontrolables y bastante perturbadores. Sufren procesos reiterativos únicamente mentales.
- **Perfeccionista:** son autoexigentes, se preocupan por detalles menores e irrelevantes y tiene la necesidad absoluta de hacer tareas perfectas y de mantener en un perfecto orden las cosas.
- **Preguntadores compulsivos:** tienen la necesidad de estar continuamente preguntándose a sí mismos o a los demás sobre cualquier cosa mínima, trivial o absurda que sea (Martínez, 2018).
- **Atesoradores:** patrón más común es la obsesión como necesidad de guardar objetos son interés por el valor económico “por si lo necesito”, lo que puede conducir a una compulsión de acumular sin control y aún a expensas de ocupar mucho espacio (Cárdenas, et al., 2010).
- **Dubitativos e indecisos (intolerancia a la incertidumbre):** suelen tener dificultades con las situaciones ambiguas e inciertas, y con la toma de decisiones. Se preocupan por los errores y dudan sobre sus acciones. Necesitan la afirmación y la certeza necesaria para maximizar la predictibilidad y el control, así reducir la amenaza de forma que puedan disminuir la ansiedad (Martínez, 2018).

### Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud, el TOC ocuparía el sexto puesto en relación al resto de trastornos mentales. Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en diversos países determinan una prevalencia transversal para el TOC de un 1%,

alcanzando cifras hasta el 2-3% cuando se analiza la prevalencia a lo largo de la vida. Según de trabajos recientes la prevalencia de síntomas obsesivos en la población alcanza cifras de un 21-25%, a pesar de que tan sólo el 2-3% llegan a cumplir los criterios del DSM-V y el CIE-10 para TOC (Alonso, et al., 2015).

En Estado Unidos, la prevalencia anual del TOC es de 1.2%, y la observada a nivel internacional es similar (1.1-1.8%). Las mujeres se ven más afectadas con una tasa ligeramente más alta que los hombres en la edad adulta, aunque los hombres se ven más frecuentemente afectados durante la infancia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Por otro lado, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, señala que en la etapa de la vida en el que puede iniciar este trastorno y se da más frecuentemente es el de adultos jóvenes, y afectando por igual a hombres y mujeres. Y el de inicio temprano (infancia y adolescencia) donde se ha observado que afecta más frecuentemente a varones (75% de los pacientes menores de edad son hombre) que a mujeres entre más temprano inicia. Esta diferencia puede deberse a factores asociados al sexo que confieren vulnerabilidad a los hombres, en quienes la edad de inicio va de 6 – 15 años y en las mujeres de los 20 – 29 años. (Cárdenas, et al., 2010).

Según el médico psiquiatra López, en México entre 1.5 y 5 % de la población padece el Trastorno Obsesivo Compulsivo, pero el 99.9% puede recuperarse de manera total mediante la aplicación correcta de los tratamientos farmacológico y psiquiátrico. Explica que el TOC, es un trastorno neuropsiquiátrico causado principalmente por factores genéticos, también influyendo en su desarrollo como es la educación y las experiencias traumáticas. El trastorno puede manifestarse en dos etapas de la vida: la primera en la niñez, de los 6 años a los 15 años de edad, y la segunda en la adultez, de los 20 a 25 años de edad. Por ello argumenta que es fundamental detectar de manera oportuna el TOC para que el tratamiento produzca efectos positivos en la salud del paciente (Secretaría de Salud, 2016).

Guzmán (2022) menciona que con base en datos de la Organización Mundial de la Salud, 23% de la población mundial padece TOC; en México entre 2.6% y 3% y entre

estas personas, el 70% desconoce que lo padece. El 75% de la población que lo padece, va a persistir a lo largo de la vida. Hace énfasis que en México, un paciente puede tardar de 7 a 14 años para llegar a un diagnóstico y tratamiento de TOC, que es el cuarto trastorno más común en atención psiquiátrica.

### Etiología

La causa del TOC es aún desconocida, actualmente se considera como un trastorno de origen neurobiológico con una etiología variada, incluye factores genético y no genéticos con anomalías neuroquímicas y neuroanatómicas que contribuyen a la manifestación del trastorno (Arrollo, et al., 2018).

#### **Factores genéticos:**

En algunos artículos mencionan que existe una alta probabilidad de heredar los síntomas obsesivo-compulsivos. Los estudios de familias y de gemelos sugieren que los factores genéticos están implicados en la transmisión y expresión del TOC. Los datos actuales mencionan que el riesgo de presentar este trastorno aumenta al tener un familiar con el mismo diagnóstico. Estos estudios han demostrado que los factores genéticos o de herencia permiten explicar entre un 30 – 58% del riesgo de padecer la enfermedad, dependiendo de si es en el inicio de la infancia o en la adultez y el diagnóstico clínico completo de TOC o la presencia de síntomas obsesivos (Arrollo, et al., 2018).

Los estudios genéticos realizados han sido los denominados estudios de asociación, centrados en examinar las variaciones de genes implicados en la etiopatogenia del TOC. Se han estudiado genes relacionados con el sistema serotoninérgico (5-HTT, 5HT2C, 5-HT1DB, 5-HTTLPR, TPH), dopaminérgico (DRD2, DRD3, DRD4, DAT1), glutamatérgico (gen transportador del glutamato SLC1A1 en el 9p24), así como factores neurotróficos, de transmisión y de las hormonas sexuales y sus receptores (COMT, BDNF). Los resultados de estos estudios han sido limitados y no siempre replicados, sugieren la implicación de múltiples variantes genéticas comunes de efecto menor, así como mutaciones de novo (es un cambio en la secuencia de ADN de un gen que se observa por primera vez en una persona y que no ha aparecido en

generaciones anteriores) (Instituto Nacional del Cáncer, 2024) y variantes raras en el riesgo genético a desarrollar el trastorno (Arrollo, et al., 2018).

### **Factores no genéticos:**

- Factores ambientales:

Hay estudios que relacionan la aparición del trastorno con factores perinatales, factores relacionados con el ciclo reproductivo de la madre y factores relacionados con eventos traumáticos o estresantes. Los estudios relacionados a factores ambientales son tipo epidemiológico. Por ejemplo en un estudio relacionado con una cohorte con más de 2 000 000 de niños nacidos en Suecia entre 1973 – 1996 para examinar los factores perinatales relacionados con el desarrollo de TOC. En este estudio concluyen que el consumo de 10 o más cigarrillos diarios durante el embarazo, la presentación de nalgas, el parto por cesárea, el nacimiento pretérmino y características del niño en el momento del nacimiento (bajo peso o puntuaciones de Apgar bajas a los 5 minutos) podrían estar relacionados con la aparición del trastorno (Arrollo, et al., 2018).

- Factores inmunológicos:

En la presencia de síntomas del TOC en algunas enfermedades neurológicas como la “Corea de Sydenham” (CS), causada por la acción de anticuerpos contra el Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A (EBHGA) y que afecta los ganglios basales, sugirió la implicación de mecanismos inmunológicos en el TOC. En un estudio demostraron que la relación entre CS y el TOC en un grupo estudiado de niños con CS, de los cuales el 75% presentaban sintomatología obsesivo-compulsiva durante su enfermedad, con estos datos formularon una hipótesis algunos individuos podrían desarrollar síntomas obsesivo-compulsivos y tics debido a un proceso autoinmune iniciado tras una infección por EBHGA. Por ello, se definió el *Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infections*, identificado bajo el acrónimo PANDAS y caracterizado por un inicio precoz de síntomas obsesivo-compulsivos o tics, predominio en el sexo masculino, exacerbaciones sintomáticas

súbitas relacionadas con infecciones por estreptococos y asociación frecuente a hiperactividad motora, impulsividad e inatención (Arrollo, et al., 2018).

### **Alteraciones neuroanatómicas:**

Estudios de neuroimagen sugieren cambios en el volumen de sustancia gris en el TOC, en zonas corticales y subcorticales. En una meta-análisis que se realizó en 250 pacientes con TOC se observó una disminución de sustancia gris en regiones corticales fronto-temporales y un aumento de sustancia gris en la corteza frontoparietal, la corteza cingulada, el cerebelo y zonas subcorticales. Existen hallazgos recientes que a nivel subcortical señalan que las estructuras afectadas podrían ser diferentes en niños que en adultos con TOC; el globo pálido y el hipocampo parecen estar implicados en población adulta, mientras que el tálamo parece ser clave en la patología de niños y adolescentes. A nivel funcional, estudios previos de tomografía de emisión de positrones (PET) como las técnicas más actuales de resonancia magnética funcional han observado un aumento del metabolismo en reposo en la corteza orbitofrontal y en la corteza cingulada anterior izquierda, así como el tálamo, el caudado y regiones cerebelosas. Los estudios realizados con las mismas técnicas muestran una disminución de la actividad en las áreas cerebrales citadas después del tratamiento farmacológico y de la terapia cognitivo-conductual. En estudios de funcionalismo cerebral refieren un aumento de la actividad cerebral en las regiones descritas cuando se expone a los sujetos con TOC a los estímulos temidos (Arrollo, et al., 2018).

### **Alteraciones neuroquímicas:**

La eficacia de los fármacos que inhiben la recaptación de serotonina del espacio intersináptico, como la clomipramina o los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), sugieren la implicación de este neurotransmisor en el TOC. Hay diferentes hipótesis acerca de la actuación de la serotonina en la aparición de los síntomas del trastorno, van desde el déficit de este neurotransmisor hasta la alteración a nivel de receptores. La respuesta a los ISRS no es completa y no ocurre en todos

los casos, por lo que en estudios se mencionan que habría otros neurotransmisores implicados. En investigaciones recientes sugieren una posible implicación del ácido glutámico a nivel de la corteza frontal y los ganglios basales. Estas alteraciones a nivel neuropsicológico podrían estar presentes pero no ser extremas (Arrollo, et al., 2018).

### **Hallazgos neuropsicológicos:**

En el desarrollo del TOC está involucrado el circuito fronto-estriado-talámico-cortical algunos aspectos del funcionamiento neuropsicológico podrían verse alterados como la integración visoespacial, velocidad de procesamiento, memoria a corto plazo, atención y funciones ejecutivas). Los estudios sugieren déficits en el funcionamiento visoespacial y en la velocidad de procesamiento (Arrollo, et al., 2018).

### **Modelos del trastorno:**

- Modelos neurobiológicos:

El TOC está definido como un trastorno neuropsiquiátrico que se produce por una alteración de diversos circuitos cerebrales. Este modelo radica en la sospecha de que la sintomatología se origina y se mantiene en varias áreas del cerebro que están interconectadas entre sí formando el circuito fronto-estriado-talámico-cortical. Según este, las preocupaciones sobre el peligro, limpieza o daño mediadas a nivel cortical no serían filtradas a nivel subcortical por el núcleo estriado, por lo que volverían a estar dirigidas hacia la corteza cerebral a través del tálamo, resultando en una atención consciente y persistente a las amenazas (Arrollo, et al., 2018).

- Modelos psicológicos:

El modelo conductual es de la primeras propuestas que explican la adquisición y mantenimiento del TOC es la teoría de los dos factores de Mowrer, según esta, determinados estímulos evocadores de ansiedad como son los pensamientos obsesivos, inicialmente neutrales pero que han sido asociados por condicionamiento clásico a estímulos aversivos, producen una respuesta emocional negativa de la que el paciente escapa a través de comportamientos o pensamientos compulsivos, como

resultado producen una reducción momentánea de la ansiedad o malestar presentes. De este modelo se deriva las técnicas conductuales de exposición a las obsesiones y a los estímulos que las provocan, en el bloqueo de la respuesta de evasión, neutralización (compulsión) o ambas. El modelo conductual fue complementado con investigaciones sobre los procesos cognitivos implicados, de esta forma surgieron diversos modelos cognitivo-conductuales para el TOC (Arrollo, et al., 2018).

Modelo de la teoría del procesamiento emocional: según esta teoría, el miedo está representado en la memoria como una red que contiene información sobre estímulos, respuestas y el significado que está relacionado a estos. Para promover cambios se deberá producir dos condiciones: la primera sería la activación de la estructura mnémica mediante la exposición a situaciones interpretadas como peligrosas, y la segunda, génesis de información incompatible con los elementos de dicha red de memoria (Arrollo, et al., 2018).

Algunos modelos han reiterado la importancia de los factores cognitivos en la obtención y la preservación del trastorno, en sí sobre cómo valoran e interpretan los pacientes los pensamientos intrusivos. Salkovskis planteó que los pensamientos intrusivos son un fenómeno normal y común para la mayoría de las personas, pero solo quienes interpretan inadecuadamente y destructivamente estos pensamientos los transforman en obsesiones que llegan a generar un TOC. Desde que la persona valora los pensamientos intrusivos como una amenaza de grave riesgo o daño para sí mismo o a los demás y que uno mismo es responsable de ese daño o de su prevención, experimentará ansiedad o culpa, la cual intenta neutralizar a través de la compulsión. Con las aportaciones de Salkovskis y Rachman explica como las compulsiones se agravan según tres factores: 1) la responsabilidad percibida por la persona en relación con la amenaza, 2) la probabilidad de que se produzca algún daño y, 3) la anticipación de la gravedad de dicho daño. El modelo cognitivo, menciona que la valoración de responsabilidad se aprende a través de creencias desadaptativas que se adquieren en la infancia. Gracias a estas aportaciones de Salkovskis y Rachman, el Obsessive Compulsive Cognition Working Group (OCCWG) ha descartado las creencias

desadaptativas en torno al TOC: responsabilidad exagerada, sobre importancia de los pensamientos (fusión pensamiento-acción), importancia y necesidad de monitorizar y de controlar los pensamientos, sobre estimulación de la amenaza, intolerancia a la incertidumbre o la ambigüedad y al perfeccionismo (intolerancia a las inexactitudes o errores). Modelo meta-cognitivo de Wells, hace énfasis en la importancia que desempeña las cogniciones de la persona de sus propios procesos cognitivos, Estos pacientes con TOC tienden a confundir sus pensamientos obsesivos con acciones, eventos reales, o con intenciones (Arrollo, et al., 2018).

## Diagnóstico

### Criterios de diagnóstico:

#### **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima revisión (CIE-10)**

En la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima revisión (2004) (sus siglas son CIE-10), el Trastorno Obsesivo Compulsivo se encuentra en la categoría de “Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos”. Está clasificado como F42 Trastorno obsesivo-compulsivo (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Para un diagnóstico definitivo deben estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas seguidas, con las características fundamentales que consisten en la presencia de pensamientos obsesivos, de actos compulsivos, o ambos recurrentes. El CIE-10 describe las características del TOC:

- Pensamientos obsesivos:
  - Son ideas, imágenes o impulsos que penetran la mente del paciente una y otra vez, en forma estereotipada.

- Son casi invariablemente angustiantes, el paciente afectado intenta rechazarlos, sin tener éxito.
- Llegan a ser reconocidos como pensamientos propios, incluso sean involuntarios y a menudo repugnantes (Organización Panamericana de la Salud, 2008).
- Actos compulsivos o ritos compulsivos:
  - Son comportamientos estereotipados, repetidos una y otra vez.
  - No son agradables, ni tienen como finalidad el cumplimiento de tareas inherentemente útiles.
  - La función principal es prevenir algún suceso, objetivamente improbable, a menudo un daño causado al o por el paciente, por el temor que llega a tener, ya sea a algo o a sucesos que pasaron, o que puede ocurrir.
  - Frecuentemente el paciente reconoce que este comportamiento no tiene sentido o que es ineficaz, lo cual realiza intentos repetitivos para resistirse a él.
  - Constantemente hay ansiedad, que empeora si los actos compulsivos son resistidos (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Como anteriormente se menciona un paciente puede tener varios tipos de obsesiones y compulsiones, pero dependiendo de cuál predomine se puede clasificar en los subtipos que presenta el CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2008):

- F42.0 Predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas: estos pensamientos toman forma de ideas, imágenes mentales o impulsos para la acción, casi siempre preocupante para el paciente. Estas ideas a veces llegan a ser indecisas e interminables contemplaciones sobre alternativas, asociadas con una incapacidad para tomar decisiones triviales pero necesarias en la vida cotidiana.
- F42.1 Predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos): la mayoría de estos actos hace referencia al aseo (principalmente al lavado de manos), a la verificación repetitiva para asegurarse de que se ha logrado impedir el

desarrollo de alguna situación potencialmente peligrosa, o al orden y a la pulcritud. Subyace al comportamiento manifiesto un temor a una situación de peligro el paciente, que puede ser causada por él, y el ritual es un intento ineficaz o simbólico para alejar ese peligro.

- F42.2 Actos e ideas obsesivas mixtas.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastornos obsesivo-compulsivo, no especificado (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

### **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association* de la 5° edición (sus siglas son DSM-5) (2013), este trastorno se encuentra en el capítulo titulado “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionado”, esta categoría incluye al TOC y otras patologías, esta versión del manual es la inclusión de categorías para hacer especificar la conciencia de enfermedad del paciente y la coexistencia de los síntomas obsesivo-compulsivos con los tics (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). A continuación se muestra los criterios que abordan en el DSM-5:

#### **Criterios diagnósticos:**

##### **A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:**

Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El paciente intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o contrarrestarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
  2. El objetivo de los comportamientos/actos mentales es prevenir, disminuir, la ansiedad o el malestar o evitar algún suceso o situación de temor; estos comportamientos no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o resultan excesivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
- B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (llegan a ocupar más de una hora diaria), causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) o a otra afección médica.
- D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej. Preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en el tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoiación [rascarse la piel]; estereotipias, como el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro autista) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### Especificar si:

**Con introspección buena o aceptable:** el paciente reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas, o que pueden ser ciertas o no.

**Con poca introspección:** el paciente piensa que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son probablemente ciertas.

**Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** el paciente está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### Especificar si:

El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### Especificadores:

Muchos pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tienen creencias disfuncionales. Estas son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos (p. ej. La creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) y la necesidad de controlar los pensamientos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Las personas con TOC varían en el grado de conocimiento que tienen sobre la exactitud de las creencias que subyacen a los síntomas obsesivo-compulsivos. Muchos individuos tienen una comprensión buena o razonable de las creencias; algunos tienen poca conciencia de las mismas, y unos pocos tienen una conciencia ausente de sus creencias o ideas delirantes. La conciencia puede variar dentro de un individuo en el curso de la enfermedad. Una conciencia más pobre ha sido vinculada a una peor evolución a largo plazo. Hasta un 30% de los individuos con TOC tiene un trastorno de tics, esto es más común en los varones con el inicio del TOC en la niñez.

Estos individuos tienden a diferir de los que no tienen un historial de trastornos de tics en los temas de sus síntomas del TOC, en la comorbilidad, por supuesto, y en el patrón de transmisión familiar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Características diagnósticas:**

Criterio A: Los síntomas característicos del TOC son la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan un malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos; las compulsiones se realizan normalmente en respuesta a una obsesión. El objetivo es reducir la angustia provocada por las obsesiones o prevenir un acontecimiento temido. Estas compulsiones pueden no estar conectadas de forma realista con el evento temido o son claramente excesivas; las compulsiones no se hacen por placer, aunque hay personas que experimentan un alivio de la ansiedad o la angustia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Criterio B: las obsesiones o compulsiones pueden consumir mucho tiempo o provocar un malestar clínicamente significativo o deterioro para justificar un diagnóstico de TOC. Este criterio ayuda a distinguir la enfermedad de los pensamientos intrusivos ocasionales o de conductas repetitivas, que son más comunes en la población general. La frecuencia y la gravedad de las obsesiones y compulsiones puede variar entre los individuos con TOC (p. ej. Algunas personas tienen síntomas de leves a moderados, pueden pasar 1-3 horas por día obsesionadas o haciendo compulsiones, mientras que otros tienen casi constantemente pensamientos intrusivos o compulsiones que pueden ser incapacitantes) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura:**

Existe una gran similitud en la distribución por sexos, en la edad de inicio y en la comorbilidad del TOC entre las diferentes culturas. Además, en todo el mundo existe una estructura similar de síntomas que implican limpieza, simetría, acumulación, pensamientos tabú o miedo al daño. Existen variaciones regionales en la expresión de

los síntomas, y los factores culturales pueden configurar el contenido de las obsesiones y compulsiones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Aspectos diagnósticos relacionados con el género:**

Los hombres presentan una edad más temprana de inicio de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo que las mujeres y tienen mayor probabilidad de tener comorbilidad con trastornos de tics. Se han observado diferencias de género en los patrones de las dimensiones de los síntomas. Se ha informado del comienzo o de la exacerbación del TOC durante el período del parto, así como de síntomas que pueden interferir en la relación madre-bebé (p.ej. las obsesiones agresivas que conducen a la evitación del niño) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Tratamiento**

Al prescribir un tratamiento para el paciente con Trastorno Obsesivo-compulsivo es de gran importancia considerar la relación riesgo-beneficio de cada opción terapéutica, teniendo en cuenta la eficacia y los efectos secundarios de cada fármaco o tipo de psicoterapia. En lo que se refiere a la aplicación de psicoterapias, hay que valorar aspectos como la disponibilidad de incluir a la familia en la terapia o disponibilidad para administrar el tratamiento de forma estructurada, ya que existen estudios que sugieren que uno de los motivos de fracaso en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual es la falta de aplicación completa de los protocolos de tratamiento (Arrollo, et al., 2018).

El objetivo del inicio del tratamiento para el TOC es reducir los síntomas. Para ello, es importante tener en cuenta tres palabras:

- Respuesta: es la observación de una mejoría de los síntomas clínicamente significativos tras iniciar una intervención.
- Remisión: se refiere a la disminución de los síntomas a niveles mínimos junto a la desaparición de los problemas de funcionamiento asociado al trastorno.
- Recuperación: es el mantenimiento de la remisión durante al menos un año (Arrollo, et al., 2018).

### **Terapias psicológicas:**

## 1. Terapia cognitivo-conductual (TCC):

Es el tratamiento de primera elección para el TOC tanto en adultos como en niños. El programa de intervención de TCC estándar consta de componentes terapéuticos:

- **Exposición con prevención de respuesta (E/PR):** la exposición se basa en confrontar el estímulo temido y experimentar cómo la ansiedad desaparece de forma progresiva. Con la exposición repetida, la intensidad de la ansiedad y el tiempo necesario para que desaparezca disminuyen. La eficacia de la exposición depende del bloqueo de las conductas realizadas para disminuir la ansiedad, tanto compulsiones como conductas de evitación (prevención de respuesta). Las tareas de exposición suelen organizarse de forma gradual, de menor a menor dificultad para el paciente.
- **Terapia cognitiva:** tiene como objetivo modificar los sesgos cognitivos desadaptativos propios de un trastorno, y complementa la práctica de la terapia E/PR (Arrollo, et al., 2018; National Institute of Mental Health, 2018).

Un protocolo típico de intervención cognitivo-conductual consiste en 14 sesiones realizadas a lo largo de 12 semanas que comprenden cuatro fases:

- I. Psicoeducación; se aborda la externalización del TOC, descripción detallada de los síntomas y explicación sobre la ansiedad.
- II. Exposición con prevención de respuesta (E/PR).
- III. Terapia cognitiva.
- IV. Prevención de recaídas y generalización.

El tiempo recomendado para cada sesión es de 50 a 60 minutos y adicionalmente puede incluirse un contacto telefónico de 10 minutos entre sesiones para supervisar el cumplimiento de las tareas que deben realizarse fuera de la sesión. En cada sesión debe incluir: establecimiento de objetivos, revisión de las tareas planteadas en la sesión anterior, suministro de nueva información, práctica en la sesión con la ayuda del terapeuta, planificación de tareas para la siguiente sesión y monitorización de los procedimientos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014; Arrollo, et al., 2018).

Existen diferentes tipos de TCC y cada una tiene modalidades, se va implementando dependiendo de las necesidades y la evolución de cada paciente:

- TCC individual: en estudios se dice que es eficaz en la reducción de sintomatología obsesivo-compulsiva, pero también se ha observado eficacia en la combinación de TCC y sertralina esto es dirigido a niños y adolescentes. Las modalidades son (Arrollo, et al., 2018):
  - TCC breve: este es basado en el manual de Williams, esta intervención consta de 5 sesiones y 5 cuadernos de trabajo diseñados como ejercicios para practicar en cada. En las sesiones el terapeuta y el paciente revisan cómo se han llevado a cabo los ejercicios, se resuelven dudas y obstáculos y se consolidan los contenidos teóricos.
  - TCC individual administrada por teléfono/ordenador: este tiene el objetivo de aumentar la accesibilidad de la intervención de administrar la TCC a distancia. En estudios donde se compara la TCC convencional con la TCC aplicada por teléfono, se menciona que la eficacia es similar en ambas intervenciones, y hay gran satisfacción de los usuarios con esta novedosa modalidad de tratamiento (Arrollo, et al., 2018).
- TCC familiar: En observaciones clínicas sugieren que una combinación de sesiones individuales y familiares es mejor para tratar los síntomas del TOC en la mayoría de los pacientes. En el protocolo de March y Mulle, este consta de 20 sesiones, se incluye explícitamente a los padres en las sesiones 1°, 7°, 12° y 19°; en las sesiones los padres juegan un papel importante en todo el proceso terapéutico; en la práctica clínica hay ocasiones donde son necesarias un número mayor de sesiones con los padres, principalmente en casos de gravedad. Otro protocolo de Freeman y sus colaboradores, se basa en la intervención cognitivo-conductual basado en la familia, se concentra fundamentalmente en educar a la familia en técnicas de manejo conductual; este consiste en un programa multicomponente que incluye: psicoeducación, entrenamiento de padres terapia familiar y estrategias cognitivas; este protocolo

contra de 12 sesiones administradas a lo largo de 14 semanas, las 10 primeras serán semanales y las dos últimas con un periodo de quince días; en las primeras dos sesiones solo participaran los padres y tienen una duración de 90 minutos, las sesiones restantes incluyen a padres e hijos y tienen una duración de 60 minutos (Arrollo, et al., 2018).

- TCC familiar intensiva: en un estudio de Storch y colaboradores, manejan el protocolo de Lewin adoptándolo en para ser aplicado en formato familiar, que consta de catorce sesiones realizadas en días consecutivos durante tres semanas, e incluye psicoeducación, entrenamiento cognitivo y E/PR, mencionan que durante el seguimiento a los tres meses, no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. Esta aplicación intensiva puede llegar a ser más eficaz que la aplicación convencional a corto plazo (Arrollo, et al., 2018).
- TCC familiar administrada por ordenador: en algunos estudios mencionan que los tratamientos de TCC familiar administrada por ordenador y la TCC familiar estándar son igualmente eficaces para disminuir los síntomas de TOC (Arrollo, et al., 2018).
- TCC grupal: los beneficios que brinda esta terapia grupal es el tiempo, en sí tiene componentes psicoterapéuticos como el aprendizaje vicario o la posibilidad de practicar con iguales. En un estudio desarrollaron un protocolo de intervención cognitivo-conductual grupal consiste en 7 sesiones semanales de 90 minutos cada uno, en las cuales se incluía: psicoeducación del mismo trastorno, externalización, instrucciones conductuales para el auto-tratamiento y el tratamiento guiado por el terapeuta. La primera mitad de la sesión era destinada a proporcionar información, mientras la segunda mitad iba orientada a practicar técnicas conductuales. Opcionalmente se incluía una última sesión familiar en la que se profundiza en el conocimiento del TOC y se podía comentar acerca de los problemas concomitantes. Los resultados que obtuvieron muestran una mejoría en los síntomas del TOC tanto en aquellos pacientes que

estaban recibiendo medicación como en los que solo recibieron psicoterapia (Arrollo, et al., 2018).

## **2. Otras intervenciones:**

- Terapia meta-cognitiva (TMC): su objetivo es modificar las evaluaciones y estrategias meta-cognitivas disfuncionales, esta terapia se centra en la valoración y manejo que los pacientes hacen de los mismos pensamientos disfuncionales. También se dice que tiene un importante desarrollo en el tratamiento de diferentes patologías, como la esquizofrenia, el trastorno por estrés postraumático o los trastornos de personalidad.
- Entrevista emocional: esta intervención ayuda a motivar a las personas para el manejo de los pensamientos disfuncionales. En algunos estudios mencionan que al combinar la TCC familiar con la entrevista emocional hay una reducción significativa de síntomas del TOC (Arrollo, et al., 2018).

En la guía de práctica clínica IMSS, nos mencionan que la mayor parte de los pacientes, la TCC se realizará en sesiones semanales de 1 a 2 horas y deberá completarse en un plazo máximo de 4 meses desde el inicio, puede ser en forma individual o grupal (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

## **3. Tratamiento farmacológico:**

En la Guía de práctica clínica IMSS, recomienda antidepresivos para el tratamiento farmacológico del TOC:

Primera línea: ISRS (fluoxetina, fluvoxamina, proxetina, sertralina).

Segunda línea: clomipramina, venlafaxina, citalopram.

Tercera línea: clomipramina IV escitalopram (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2014).

### **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):**

Estos fármacos son considerados de primera elección para el tratamiento del TOC tanto en adultos como en niños (Arrollo, et al., 2018).

### **Fluoxetina:**

Es un antidepresivo de segunda generación que inhibe de manera selectiva la recaptura de serotonina en espacio sináptico, permitiendo así la acción bioquímica del neurotransmisor, cuyo papel en la depresión es fundamental. Se trata de una fenilpropilamina de cadena recta que difiere estructuralmente de los antidepresivos tricíclicos. A diferencia de éstos, no se une a los receptores adrenérgicos, histamínicos o colinérgicos por lo que sus efectos anticolinérgicos, hipotensores y sedantes son muy discretos. Su acción terapéutica completa se observa tres a cuatro semanas después de iniciado el tratamiento. Se absorbe bien en el tubo digestivo y alcanza concentraciones máximas en 6 a 8 horas. Se distribuye con amplitud en el organismo y se une extensamente a las proteínas plasmáticas. Se metaboliza en el hígado, donde se produce un metabolito activo, que al igual que el fármaco original se elimina en la orina. La vida media de eliminación aguda de la fluoxetina es de 1 a 3 días; con la administración repetida, su vida media de eliminación es de 4 a 6 días. El metabolito activo tiene una vida media de eliminación promedio de 9.3 días (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: personas de hipersensibilidad a la fluoxetina, en el primer trimestre del embarazo. No debe administrarse simultáneamente con inhibidores de la monoaminoxidasa, ya que se produce un cuadro de intoxicación muy severo. La administración de inhibidores de la MAO o de los neurolépticos sólo puede iniciarse hasta después de cinco semanas de suspender la fluoxetina (Rodríguez, 2013).

### Vía de administración y dosis:

- Adultos: vía oral, la dosis promedio del TOC es de 20 mg al día.
- Niños: vía oral, inicial 10 mg al día, que se puede aumentar a 20 mg al día después de varias semanas.
- Adultos mayores: vía oral, inicial 10 mg al día, que se puede aumentar a 20 mg al día después de varias semanas (Rodríguez, 2013).

### **Fluvoxamina:**

Es un inhibidor específico y poderoso de la recaptura de serotonina en las neuronas presinápticas, acción que aumenta y prolonga la influencia serotoninérgica en varias regiones del sistema nervioso central. No tiene efecto sobre la transmisión noradrenérgica. Su efecto terapéutico se vuelve aparente una a dos semanas después de iniciado el tratamiento. Se absorbe bien en el tubo digestivo y si absorción no se modifica significativamente en presencia de alimentos. Alcanza concentraciones séricas máximas en 5 a 6 horas. Se une en gran proporción a las proteínas plasmáticas (77%), se metaboliza en forma extensa en el hígado y sus productos se eliminan en la orina. Su vida media de eliminación es de 17 a 23 horas (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: en la hipersensibilidad a la fluvoxamina, administración de terfenadina o astemizol, durante el embarazo y la lactancia, y en pacientes que estén tomando Inhibidores de la MAO o los hayan ingerido en las dos semanas anteriores. Usar con precaución en pacientes con disfunción hepática, trastornos convulsivos, antecedentes de abuso de drogas o con tendencias suicidas (Rodríguez, 2013).

Vía de administración y dosis:

- Adultos: vía oral, 50 mg al día, de preferencia antes de acostarse. Si es necesario, aumentar 50 mg cada cuatro a siete días hasta un máximo de 300 mg al día (Rodríguez, 2013).

**Paroxetina:**

Es una fenilpiperidina, que inhibe de manera selectiva la recaptura de serotonina en las terminaciones nerviosas, acción que aumenta la concentración sináptica del neurotransmisor y que parece explicar su efecto benéfico de la depresión. Su acción terapéutica completa se observa de dos a tres semanas después de iniciado el tratamiento. A diferencia de los antidepresivos triciclos, sus efectos anticolinérgicos, hipotensores y sedantes son muy discretos. Se absorbe rápido en el tubo digestivo y alcanza concentraciones máximas en 5.2 horas. Se distribuye con amplitud en el organismo y se une extensamente a las proteínas plasmáticas. Se metaboliza en el hígado, vía citocromo P450, y se elimina en la orina y heces. Su vida media de

eliminación es de 21 horas. El tiempo requerido para alcanzar cifras plasmáticas estables es de dos a once días (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: en los casos de hipersensibilidad a la paroxetina, en el primer trimestre del embarazo, durante el periodo de recuperación del infarto miocárdico. Cuando se decida suspender el tratamiento disminuir progresivamente la dosis a intervalos de una semana. No debe usarse simultáneamente con los inhibidores de la MAO. Interactúa con diversos fármacos aumentando sus efectos, por lo que se requiere ajustar la dosis en casos de administración simultánea (Rodríguez, 2013).

Vía de administración y dosis:

- Adultos: vía oral, inicial 20 mg una vez al día de preferencia en las mañanas y, si es necesario, aumentar a intervalos de una semana hasta un máximo de 50 mg en 24 horas. En el TOC: inicial 20 mg de preferencia en las mañanas; si es necesario aumentar 10 mg por semana hasta un máximo de 40 mg por día.
- Niños: vía oral, solo para mayores de 12 años, 10 mg al día y ajustar la dosis en función de la respuesta individual. La dosis no debe exceder de 40 mg al día.
- Adultos mayores: vía oral, 10 mg al día, de preferencia en las mañanas, e incrementar 10 mg a intervalos de por lo menos una semana y ajustar la dosis sin exceder de 40 mg al día (Rodríguez, 2013).

**Sertralina:**

Antidepresor sin relación estructural con otros integrantes del grupo, el cual es un inhibidor potente y selectivo de la recaptura de serotonina en las neuronas presinápticas del sistema nervioso central, acción que aumenta la transmisión serotoninérgica y que ocasiona inhibición subsecuente de la actividad adrenérgica en el *locus ceruleus*. Su efecto sobre la recaptura de norepinefrina y dopamina es muy débil. No inhibe la acción de la monoaminoxidasa y carece de afinidad sobre los receptores adrenérgicos, muscarínicos, gabaérgicos, dopaminérgicos, serotoninérgicos y benzodiazepínicos. Al igual que con otros antidepresivos, su efecto terapéutico es evidente de dos a cuatro semanas después de iniciado el tratamiento.

Su absorción en el tubo digestivo es lenta y aumenta en presencia de alimentos. Sufre efecto de primer paso y alcanza concentraciones séricas máximas en 4.5 a 8.4 horas. Se une en gran proporción a las proteínas plasmáticas (98%) y se metaboliza en el hígado, donde se forma un metabolito activo, la N- desmetilsertralina. Se excreta como fármaco original y como metabolitos en la orina y las heces. Su vida media de eliminación es de 24 a 26 horas y la de su metabolito activo es de 62 a 104 horas (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: en la hipersensibilidad a la sertralina, durante el embarazo y la lactancia, y en pacientes que estén tomando inhibidores de la MAO o los hayan ingerido en las dos semanas previas. Usar con precaución en pacientes con disfunción hepática, trastornos convulsivos, antecedentes de abuso de drogas o con tendencias suicidas. Limitar la prescripción para reducir el riesgo de sobredosis. Disminuye la eliminación de diazepam y tolbutamina (Rodríguez, 2013).

Vía de administración y dosis:

- Adultos: vía oral, inicial 50 mg al día y ajustar la dosis en función de la respuesta y tolerancia. Los ajustes deberán hacerse a intervalos no menores de una semana. No usar más de 200 mg por día (Rodríguez, 2013).

### **Antidepresivos tricíclicos**

#### **Clomipramina:**

Mecanismo de acción: su efecto más importante es mejorar las acciones de la norepinefrina y la serotonina mediante el bloqueo de la recaptación de estos neurotransmisores en la membrana neural. Este fármaco es el inhibidor más selectivo y potente de la serotonina (5-HT) (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: hipersensibilidad o sensibilidad cruzada a antidepresivos tricíclicos dibenzodiazepínicos (clomipramida, desipramina, imipramina, nortriptilina y trimipramina), en combinación o en el período de 14 días antes o después del tratamiento (Rodríguez, 2013).

### Vía de administración y dosis:

- Adultos: inicialmente, 25 mg por vía oral una vez al día, aumentando gradualmente, en las dos primeras semanas, a 100 mg/día. Durante el ajuste inicial, la dosis diaria debe administrarse en dosis divididas con las comidas para reducir los efectos secundarios gastrointestinales. Si fuese necesario se pueden aumentar gradualmente las dosis hasta un máximo de 250 mg/ día.
- Niños mayores de 10 años de edad y adolescentes: inicialmente, 25 mg por vía oral una vez al día, aumentando gradualmente hasta un total de 100 mg/ día en dosis divididas, o 3 mg/kg/día en dosis divididas durante las dos primeras semanas. Estas dosis iniciales deben dividirse y tomar con las comidas para reducir los efectos secundarios gastrointestinales. Después de su ajuste inicial, la dosis se puede incrementar gradualmente aún más a lo largo de las próximas semanas hasta una dosis máxima diaria de 3 mg/kg/día o 200 mg/día, la que sea menor. Esta dosis diaria total se puede administrar una vez al día a la hora de acostarse para minimizar la sedación durante el día (Rodríguez, 2013).

### **Venlafaxina:**

Antidepresivos bicíclico que no guarda relación estructural con los antidepresivos tricíclicos ni tetracíclicos. Se considera que su efecto anti depresor está asociado a su capacidad de potenciar la actividad neurotransmisora en el sistema nervioso central (SNC). La venlafaxina y su metabólico activo (*O*-desmetil-venlafaxina) son inhibidores débiles, no selectivos, de la recaptura de norepinefrina y serotonina. También son inhibidores débiles de la recaptura de dopamina. No tiene afinidad por otro tipo de receptores. Se considera que actúan con más rapidez que otros antidepresivos y que la venlafaxina es más eficaz en el tratamiento de la depresión resistente a los antidepresivos clásicos. Se absorbe bien en el tubo digestivo y cuando se usan formulaciones de liberación prolongada alcanza concentraciones máximas en 5.5 horas. Se distribuye con amplitud en el organismo, cruza la placentera y también alcanza la leche materna. Se metaboliza en el hígado, donde se produce *O*- desmetil-

venlafaxina (metabolito activo) y se elimina en la orina y heces. Su vida media de eliminación es de 3 a 7 horas (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: en casos de hipersensibilidad a la venlafaxina, en el primer trimestre del embarazo y durante la administración de inhibidores de la monoaminoxidasa. Puede causar aumento significativo de la presión arterial. Usar con preocupación en casos de glaucoma de ángulo cerrado. Evitar la interrupción brusca del tratamiento. Interactúa con los inhibidores de la MAO y la administración simultánea puede causar un síndrome serotoninérgico (Rodríguez, 2013).

Vía de administración y dosis:

- Adultos y adultos mayores: vía oral, cápsulas de liberación prolongada, inicial 37.5 mg al día con los alimentos. Si es necesario, aumentar a 75 mg una vez al día. Los incrementos de esta dosis deben llevarse a cabo con intervalos de cuatro días hasta un máximo de 225 mg al día (Rodríguez, 2013).

### **Citalopram:**

Potencia los efectos farmacológicos de la serotonina en el sistema nervioso central. Como otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el citalopram no afecta o afecta muy poco otros neurotransmisores. Aunque el mecanismo completo del citalopram no ha sido dilucidado se cree que el fármaco inhibe la recaptación de la serotonina en la membrana de la neurona. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son menos sedantes, anticolinérgicos y tienen menos efectos cardiovasculares que los antidepresivos tricíclicos debido a su nula o muy pequeña actividad sobre receptores histamínicos, colinérgicos y adrenérgicos (Rodríguez, 2013).

Contraindicaciones: hipersensibilidad al fármaco, tratamiento con IMAO incluyendo selegilina a dosis mayor a 10 mg/ día. El tratamiento con citalopram puede iniciarse 14 días tras la interrupción de un IMAO irreversible o el tiempo especificado tras interrupción de un IMAO reversible y el tratamiento con IMAO 7 día tras la interrupción de citalopram (Rodríguez, 2013).

### Vía de administración y dosis:

- Adultos: Inicialmente 20 mg una vez al día, siendo posible aumentar al cabo de una semana la dosis a 40 mg/día, y si estos no fueran suficientes hasta los 60 mg/día al cabo de otra semana. No se recomiendan dosis mayores de los 40 mg.
- Adultos mayores: la dosis es de 20 mg son las recomendadas aunque pueden aumentarse a 40 mg en aquellos que no respondan.
- Adolescentes y niños mayores de 9 años de edad: en un estudio se dice que en 23 pacientes la dosis de 10- 40 mg/ día fueron eficaces. Se recomienda iniciar el tratamiento con la dosis más bajas posibles (Rodríguez, 2013).

### **Riesgo de suicidio**

Los pensamientos suicidas se producen en aproximadamente la mitad de los individuos con TOC en algún momento de la vida. También se refieren intentos de suicidio en hasta una cuarta parte de las personas con TOC; la presencia comórbida del trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Factores de riesgo y pronóstico**

**Temperamentales:** los síntomas de interiorización, la mayor emotividad negativa y la inhibición del comportamiento en la infancia son posibles factores de riesgo temperamental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

**Ambientales:** el maltrato físico y sexual en la infancia y otros sucesos estresantes o traumáticos se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar TOC. Pueden desarrollar algunos niños repentinamente síntomas obsesivos compulsivos que están relacionados con diferentes factores ambientales, incluidos varios agentes infecciosos y un síndrome autoinmune pos-infeccioso.

**Genéticos y fisiológicos:** la tasa del trastorno en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre los familiares de primer grado de los individuos con un inicio del TOC en la niñez o en la

adolescencia, la tasa se incrementa 10 veces. Esta transmisión genético-hereditaria se debe en parte a factores genéticos. La disfunción de la corteza orbito frontal, de la corteza cingulada anterior y del cuerpo estriado está fuertemente implicada (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Consecuencias funcionales**

El TOC está asociado con la disminución de la calidad de vida, así como con altos niveles de deterioro en la vida social y laboral, este sucede en muchos dominios diferentes de la vida y se asocia con la gravedad de los síntomas. Este deterioro puede ser debido al tiempo que se emplea en las obsesiones y compulsiones. Al evitar las situaciones que pueden desencadenar las obsesiones o compulsiones también puede restringir gravemente el funcionamiento, por lo tanto, los síntomas específicos pueden originar obstáculos específicos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Las personas con TOC también pueden tener consecuencias en la salud, por ejemplo los individuos con problemas de contaminación pueden evitar lugares públicos (debido al temor a exponerse a gérmenes) o a desarrollar problemas dermatológicos (lesiones en la piel debido al exceso de lavado). A veces, la sintomatología de la enfermedad interfiere con su propio tratamiento. Si el trastorno comienza en la niñez o en la adolescencia, los individuos pueden experimentar dificultades en el desarrollo. El resultado puede ser pocas relaciones significativas fuera de la familia y una falta de autonomía y de independencia financiera fuera de su familia de origen. En algunas situaciones, individuos con TOC tratan de imponer reglas y prohibiciones a los miembros de la familia a causa del trastorno, y como resultado puede conducir a la disfunción familiar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Diagnóstico diferencial**

Trastornos de ansiedad: pueden aparecer pensamientos recurrentes, conductas de evitación y preguntas repetitivas para tranquilizarse en los trastornos de ansiedad. Los pensamientos recurrentes en el trastorno de ansiedad generalizada son por lo general acerca de las preocupaciones de la vida real, mientras que las obsesiones del TOC generalmente no implican preocupaciones de la vida real y pueden incluir un contenido

---

que es extraño, irracional o imaginaria, y a menudo se presentan compulsiones por lo general vinculadas a las obsesiones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Fobias: al igual que las personas con TOC, los individuos con fobia específica pueden tener una reacción de miedo a objetos o situaciones específicas, pero en la fobia específica, el objeto temido es mucho más circunscrito y no se presentan rituales. En la fobia social, los objetos o las situaciones temidas se limitan a las interacciones sociales, y la evitación o la búsqueda de tranquilidad se centra en la reducción de este miedo social (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Arrollo, et al., 2018).

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados: en el trastorno dismórfico corporal, las obsesiones y compulsiones se limitan a la preocupación por la apariencia física, y en la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) el comportamiento compulsivo se limita a tirarse del pelo en ausencia de obsesiones. El trastorno de acumulación, los síntomas se centran exclusivamente en la persistente dificultad de descartar o separarse de las posesiones, en la marcada angustia asociada con la eliminación de artículos y en la acumulación excesiva de objetos. Sin embargo, si el individuo tiene obsesiones que son típicas del TOC y estas obsesiones llevan a conductas de acumulación compulsiva, por ello se deberían diagnosticar TOC en su lugar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno depresivo mayor: el TOC se puede distinguir de la preocupación excesiva que acompaña al trastorno depresivo, ya que este último los pensamientos normalmente son congruentes con el estado de ánimo y no tiene por qué experimentarse como intrusivos o preocupantes, y además las preocupaciones no están vinculadas a las compulsiones, como es típico en el TOC (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Arrollo, et al., 2018).

Trastorno de la alimentación: el TOC se puede distinguir de la anorexia y bulimia nerviosa en que en el TOC las obsesiones y compulsiones no se limitan a las preocupaciones sobre el peso y la comida (Arrollo, et al., 2018).

Trastorno de Tics y movimientos estereotipados: un tic es una vocalización o un movimiento motor repentino, rápido, recurrente y no rítmico. Un movimiento estereotipado es un comportamiento aparentemente impulsivo, un comportamiento motor repetitivo, no funcional. Las compulsiones generalmente están precedidas por obsesiones, los tics a menudo están precedidos por impulsos sensoriales premonitorios (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Arrollo, et al., 2018).

Trastornos psicóticos: algunos individuos con TOC tienen escasa conciencia de enfermedad o incluso creencias delirantes, en este trastorno el funcionamiento del “yo” apenas está alterado, por lo que el paciente generalmente es capaz de distanciarse de los síntomas. Sin embargo, tienen obsesiones y compulsiones y no tienen otras características de la esquizofrenia o del trastorno esquizoafectivo (p. ej. Alucinaciones o trastorno formal del pensamiento) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Otros comportamientos de tipo compulsivo: en ciertos comportamientos se describen a veces como “compulsivos”, entre ellos están el comportamiento sexual (en el caso de parafinas), el juego (p. ej. Los trastornos de juego patológico) y el consumo de sustancia (como el trastorno por consumo de alcohol). Sin embargo, estos comportamientos difieren de las compulsiones del TOC en que la persona, por lo general, obtiene placer de la actividad y tal vez desea abstenerse sólo por sus consecuencias perjudiciales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva: este trastorno y el TOC tienen nombre similares, pero las manifestaciones clínicas son bastante diferentes. El trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva implica una mala adaptación permanente y generalizada, un patrón de perfeccionismo excesivo y rígido control. Si una persona manifiesta síntomas tanto TOC como del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, se podría realizar ambos diagnósticos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **Comorbilidad**

Frecuentemente los pacientes con TOC padecen otras psicopatologías, muchos adultos con el trastorno tienen un diagnóstico de por vida de trastorno de ansiedad, un

trastorno depresivo o bipolar. El inicio del TOC es generalmente más tardío que el de los trastornos de ansiedad comórbidos (con excepción del trastorno de ansiedad por separación) y el del trastorno de estrés postraumático, pero a menudo precede a los trastornos de depresión. La comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva también es frecuente en los individuos con TOC (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Hasta el 30% de los individuos con TOC también tiene un trastorno de tics a lo largo de la vida. El trastorno de tics comórbido es más frecuente en los hombres con un inicio del TOC en la niñez. En los niños también se podría ver una tríada compuesta por el TOC, el trastorno de tics y el trastorno déficit de atención/hiperactividad. Los trastornos que se producen con más frecuencia en las personas con TOC que en las que carecen del trastorno son los diversos trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, como el trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). Por último, se ha reseñado la existencia de una asociación entre el TOC y algunos trastornos caracterizados por la impulsividad, como el trastorno negativista desafiante (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

En las personas con ciertos trastornos, la prevalencia del TOC es mucho mayor que la esperada en la población general; cuando se diagnostica uno de estos trastornos, se debería evaluar al individuo también respecto al TOC. En los individuos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, la prevalencia de TOC es aproximadamente del 12%. Las tasas del TOC también son elevadas en el trastorno bipolar, en los trastornos de la conducta alimentaria, tales como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, o en el trastorno de Tourette (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### Caso clínico

<b>Nombre:</b> VLDZ.	<b>Edad:</b> 29 años.	<b>Fecha de nacimiento:</b> 20-01-1989.	
<b>Sexo:</b> femenino.	<b>Religión:</b> católica.	<b>Estado civil:</b> soltera.	<b>Ocupación:</b> ninguna.
<b>Fecha de ingreso:</b> 15-03-2018.		<b>Motivo de internamiento:</b> Trastorno Obsesivo Compulsivo + Síndrome Catatónico.	
<b>Nombre del responsable:</b> PZR.		<b>Referido por:</b> madre.	<b>N° de internamiento:</b> 1.

#### Somatometría:

- Talla: 1.65 cm.
- Peso: 50 kg.
- Perímetro abdominal: 71 cm.

#### Signos vitales:

- Tensión Arterial: 110/70 mmHg.
- Frecuencia Cardíaca: 62 por minuto.
- Frecuencia Respiratoria: 20 por minuto.
- Temperatura: 36.0°C

#### Padecimiento inicial:

Inicia a los 7 años de edad, viviendo en Venezuela, con preferencia por el orden y la simetría al momento de realizar actividades diarias, con conductas compulsivas como hacer listas, dificultad para delegar responsabilidades, poca tolerancia a la frustración, pensamientos rígidos y desconfianza en actividades grupales por temor a no obtener resultados esperados, prefiriendo conseguir sola sus metas, condicionando aislamiento, irritabilidad y dificultad para socializar, sin acudir a valoración psiquiátrica, tendiendo al empeoramiento.

A los 14 años presenta exacerbación de síntomas compulsivos, realizando actividades como doblar y desdoblar ropa, planchar durante una hora una misma prenda y subrayar repetidamente un mínimo texto, por lo que este mayor consumo de tiempo

provoca disfunción académica y deja de acudir. A los 15 años comienza a presentar descuido de higiene y aliño, soliloquios, risas sin motivante, alucinaciones auditivas complejas e ideas delirantes de referencia y daño, condicionando suspicacia, conducta hipervigilante y agresividad verbal, por lo que es llevada a consulta psiquiátrica donde recibe diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en manejo con Risperidona y Diazepam mostrando resolución parcial de síntomas psicóticos, pero manteniendo conductas compulsivas como cepillarse su cabello durante horas y doblar el papel de año. La familiar refiere Haloperidol y Clonazepam como otros esquemas de tratamiento recibidos, sin embargo refiere que el paciente exhibía irregular adherencia al tratamiento condicionando recaídas (se refiere último episodio psicótico que amerito internamiento a los 24 años).

A los 24 años a pesar de mantener tratamiento (Olanzapina 10mg), aunado a la sintomatología compulsiva, comienza a presentar aislamiento, mutismo parcial, disminución de la reactividad al medio externo, mirada fija, expresión facial hipomímica, descuido de higiene y aliño, negativismo parcial a la vía oral (llegando a consumir diario una lata de leche condensada solamente), posturas rígidas y periodos de inmovilidad prolongada (permanecer hasta seis horas en posición de pie) permaneciendo así sin acudir a valoración psiquiátrica. Se refiere que por desabasto de medicamentos y malas condiciones hospitalarias en Venezuela migran hacia México en diciembre 2017.

Permanece con ideas obsesivas de orden, simétrica y compulsiones de verificación (acomodando ropa y artículos del refrigerador), dedicándole a estas actividades de 6 a 8 horas diarias deteriorando completamente su funcionalidad. Acuden a trámite administrativo a institución pública para refugiados y les indican que soliciten una valoración psiquiátrica debido a la sintomatología catatónica, motivo por lo que acuden a valoración. Durante la consulta no coopera durante el interrogatorio ni con la exploración. En su valoración de urgencias se realiza su escala de Bush y Francis que puntúa 7 de screening y 23 de severidad.

#### **Historia familiar:**

Proviene de familia desintegrada por separación de padres cuando el paciente tenía 8 años, y disfuncional por mala dinámica. Actualmente vive con madre en medio urbano nivel socioeconómico bajo, madre viva de 68 años de edad, aparentemente sana; padre vivo de 69 años de edad, referido como sano, una hermana mayor de 31 años, aparentemente sana, un tío por rama materna fallecido a los 33 por Infarto Agudo de Miocardio (IAM), con diagnóstico esquizofrenia paranoide, en control; un abuelo con diagnóstico esquizofrenia paranoide, niega otras enfermedades psiquiátricas.

### **Historia personal:**

- Perinatales: producto de la gesta 2/2 a término, de embarazo normoevolutivo, obtenido por parto vaginal en medio hospitalario, sin complicaciones posnatales aparentes.
- Personales patológicos: niega alergias, crónico-degenerativos, infecto contagiosos, transfusiones, comiciales, traumáticos y quirúrgicos.
- Toxicomanías: interrogado y negado.
- Gineco Obstétricos: menarca 13 años, ritmo regular 28 x 3, Fecha de última menstruación: 20-01-18, núbil; Métodos de planificación Familiar: ninguno.

### **Historia escolar:**

Cursa preescolar, primaria y secundaria con adecuado desempeño, sin reprobar materias o años, cursa en actividades extraacadémicas como natación y baile, recibiendo críticas favorables debido a la disciplina y orden, durante el 2° año de bachillerato comienza a presentar problemas en el cumplimiento de tareas y para completar actividades debido a las ideas obsesivas de simetría y orden por lo que abandona estudios.

**Laborables:** nunca ha laborado.

**Historia psicosexual:** no coopera.

**Historia ocupacional:** no indicada.

**Tiempo libre:** escuchar música.

---

### Diagnósticos (CIE-vigente):

- Esquizofrenia Paranoide F20.0
- Pb. Trastorno generalizado del desarrollo F84
- Trastorno catatónico F06.1
- Trastorno Obsesivo Compulsivo F42
- Historia personal de incumplimiento al tratamiento médico Z9

## Valoración por Patrones Funcionales

### Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud.

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud? ¿Se considera “sano”, “enfermo”?  
Enferma.
- ¿Falta frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, entre otros) en los últimos tiempos?  
No trabaja, ni estudia. No termino la escuela por dificultad para delegar responsabilidades, poca toleración a la frustración, pensamientos rígidos y desconfianza en actividades grupales por temor a no obtener esperados.
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?  
Negadas.
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, entre otros?  
Mantengo el esquema de vacunación completo, pero no me he realizado otra acción preventiva.
- ¿Ha sufrido acciones, tanto caseros, laborales o de tráfico?  
No, nunca.
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?  
No, a veces no me tomo los medicamentos porque no quiero. Se ha observado que antes de estar hospitalizada se negaba a tomar cualquier tipo de medicamentos.
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?  
No.
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?  
Si, solo en hospitales psiquiátricos.

- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?  
No, nunca.
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?  
No.

### **Patrón 2: Nutricional – Metabólico.**

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/ día y distribución.  
Normal, la que me dan aquí en el hospital; verdura, carne, fruta, pan, gelatina, etc.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?  
No.
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?  
Tres o cuatro vasos de agua.
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?  
Normal.
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos?  
No.
- ¿Tiene prótesis dentarias?  
No.
- ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?  
No.
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso? ¿Hay variaciones en la estatura (en niños)?  
No, tal vez subí un poco de peso pero no.
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas?  
Buena coloración e hidratada. Normal.
- ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen? ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿Cuáles son las características de las mismas?

Elasticidad correcta de la piel, hidratación correcta, color de la piel adecuada, con eritema antiguas pequeñas, y no presenta lesiones.

- ¿Qué temperatura corporal tiene?  
36.0°C.

### **Patrón 3: Eliminación.**

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?  
Una diario, normales.
- ¿Existen molestias? ¿Utiliza medidas auxiliares para su producción? ¿Hay problemas con su control?  
No, ninguno.
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria?  
3 o 4 veces al día.
- ¿Hay dificultades para su emisión? ¿Hay incontinencia?  
No.
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?  
Normal, sin mal olor.
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?  
No.

### **Patrón 4: Actividad – Ejercicio.**

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?  
Mantiene poca energía, pero satisfaces necesidades de la vida diaria.
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?  
Ninguno.

- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, vestido, movilidad en cama y movilidad general?  
Totalmente independencia, yo hago todo eso por mí misma.
- ¿Realiza actividades de ocio?  
Si, colorear, papiroflexia y juegos de mesa. En casa solo escucho música.
- Tensión arterial (T/A), frecuencia cardiaca (FC) y frecuencia respiratoria (FR):  
T/A: 110/70 mmHg. FC: 62 por minuto. FR: 20 por minuto.
- ¿Es portador de escayolas?  
No.

#### **Patrón 5: Sueño – Descanso.**

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?  
De 6 a 8 horas.
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?  
No, me despierto muy fácilmente. Menciona que en ocasiones se despierta por las noches aproximadamente de 2 a 3 veces.
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día? ¿Es reparador su sueño?  
No, regularmente tengo mucho sueño y me siento cansada durante el día.
- ¿Tiene pesadillas?  
Casi no.
- ¿Toma alguna sustancia para dormir?  
Si, cuando les informo a los doctores de la noche.
- ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día? ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?  
Trata de conciliar el sueño sola y acostada en su cama.
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?  
No, algunas veces están gritando en los cubículos de al lado.

### **Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.**

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente? ¿Utiliza audífono o gafas?  
Negado.
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?  
Negadas.
- ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse?  
No regularmente no se me olvidan las cosas, no me concentro bien.
- ¿Le es fácil tomar decisiones?  
Si.
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?  
Considero que aprendo muy rápido pero me obsesiono con las cosas.
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?  
Negado, cuando lo tiene le dice al médico.

### **Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.**

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?  
Me considero atractiva, me gusta como soy.
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?  
Los normales como los de la edad, en realidad no me molesta.
- ¿Se enfada frecuentemente?  
Si, cuando las cosas están mal o desordenadas.
- ¿Suele estar aburrido o con miedo?  
No.
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?  
Depresiva no, pero si me da mucha ansiedad cuando hay cosas tiradas por aquí o en las cosas de al lado.
- ¿Tiene periodos de desesperanza? Negado.

### Patrón 8: Rol – Relaciones.

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?  
Vivo con mi mamá, solo ellas dos.
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?  
No.
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- No, mi mamá es comprensiva, solo se enoja cuando no me tomo los medicamentos.
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?  
Mi mamá me ayuda en todo, siempre se preocupa por mí, nos llevamos bien yo la quiero mucho y ella a mí. Mi papá no sé porque ya no lo he visto él vive en Venezuela. Mi hermana se enoja a veces se enoja por todo lo que mi mamá hace por mí, pero también me ayuda y me apoya mucho.
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios? ¿Hay satisfacción con lo que se realiza en los mismos?  
No trabajo, nunca he trabajado y mi mamá cree que me hará mal.
- ¿Pertenece a algún grupo social?  
Ninguno.
- ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?  
Ahora si tengo, son los compañeros. En casa no tengo porque estaba enferma cuando llegamos a México.
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?  
A veces, como no soy de aquí pues no me siento con mucha confianza.

### Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

- ¿A qué edad apareció la menarquia o la menopausia (según corresponda)?  
A los 13 años.

- ¿Cómo es el periodo menstrual?  
Es regular cada 28 días, me dura 3 días.
- ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos?  
Negado.
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?  
No tiene pareja sexual.
- ¿Utiliza métodos anticonceptivos?  
El condón.
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?  
Creo que no.

#### **Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés.**

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?  
Solo el de vivir aquí, no como crisis yo creo que es un nuevo comienzo.
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?  
Negado.
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza?  
¿Lo hace cuando es necesario?
- Sí, mi mamá. A veces no le decía porque ella dice que me quedaba parada durante mucho tiempo sin hacer nada, ni caso cuando me hablaba, la verdad yo no recuerdo nada de eso, pero creo que ahora si le cuento todo creo que ya no me pasa eso de quedarme parada mucho rato.
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?  
Intento encontrar soluciones.

#### **Patrón 11: Valores – Creencias.**

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?  
Sí, siempre ayuda Dios.

- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?  
Negado.
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?  
No.
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?  
No sé, a mí me gustaría no estar enferma para no preocupar más a mi mamá.  
La muerte es algo que a todos nos va a llegar.

## Plan de Cuidados de Enfermería.

<b>PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.</b>					
<b>Dominio:</b> 4.- Actividad y descanso.					
<b>Clase:</b> 1.- Dormir / descansar.	<b>Resultados (NOC):</b> 0004. Sueño	<b>Indicador.</b> 000421. Dificultad para conciliar el sueño.  000406. Sueño interrumpido.  000417. Dependencia de las ayudas para dormir.  000422. Pesadillas.	<b>Escala de medición.</b> 1.- Grave.  2.- Sustancial.  3.- Moderado.  4.- Leve.  5.- Ninguno.	<b>Puntuación.</b> Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 2 Aumentar: 4  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 4 Aumentar: 5	<b>Objetivos:</b> El paciente deberá conciliar el sueño sin interrupciones durante la noche de más de 7 horas y menos de 8 horas al día, en la estancia hospitalaria. El paciente conseguirá conciliar el sueño durante la estancia hospitalaria, después de seguir las recomendaciones y practicar las técnicas de relajación proporcionadas por el personal de enfermería.
<b>Patrón en dependencia:</b>  Patrón 5: Sueño – Descanso.					
<b>Intervenciones (NIC):</b> 6040. Terapia de relajación.					
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva.</li> <li>• Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable.</li> <li>• Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.</li> <li>• Utilizar un tono suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</li> <li>• Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</li> </ul>					
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Patrón de sueño perturbado r/c perturbaciones ambientales hospitalarias, m/p paciente se muestra cansada con ojeras y refiere tener sueño y sentirse cansada durante el día.					
<b>Intervenciones (NIC):</b> 1850. Mejorar el sueño.					
<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el sueño/vigilia del paciente.</li> <li>• Explicar al paciente la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.</li> <li>• Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño.</li> <li>• Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</li> <li>• Comentar con el paciente técnicas para favorecer el sueño, por ejemplo ejercicios de respiración.</li> </ul>					
<b>Fuente de la dificultad:</b> Conocimiento.					
<b>Rol de enfermería:</b> Ayuda y acompañante.					
<b>Fundamentación científica:</b> El dormir mantiene todos los aspectos del cuerpo de una forma u otra: el equilibrio energético y molecular, así como también la función intelectual, el estado de alerta y el humor. Según Miller, la pérdida de sueño daña los niveles superiores de razonamiento, resolución de problemas y atención a los detalles. Estas personas que están cansadas tienden a ser menos productivas en el trabajo, está falta de sueño puede influir en el humor, a sufrir accidentes, y este déficit de sueño con el tiempo puede aumentar el riesgo de sufrir depresión. El sueño se divide en dos fases: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño No MOR (Sueño sin movimientos oculares rápidos): Fase 1: corresponde a la somnolencia o el inicio del suelo ligero, hay</li> </ul>					

		<p>más facilidad de despertar, la actividad muscular disminuye paulatinamente y algunas sacudidas breves musculares súbitas (mioclonías hípnicas); fase 2: en el EEG se caracteriza por la actividad cerebral “husos de sueño y complejos K”, y físicamente comienza a disminuir la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria; fase 3 y 4: es la fase de sueño más profunda y en el EEG se observa actividad de frecuencia muy lenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueño MOR: se caracteriza por la presencia de movimientos oculares. El tono muscular disminuye (excepto de los músculos respiratorios y los esfínteres vesical y anal), la frecuencia respiratoria y cardíaca se vuelven irregulares e incluso puede incrementarse. Durante el sueño MOR se producen la mayoría de las ensoñaciones.</li> </ul> <p>Si bien las necesidades personales varían en promedio un adulto necesita entre 7 y 8 horas de sueño por la noche, para lograr el máximo de los beneficios restauradores del sueño, es importante lograr una noche de sueño de calidad (Carrillo-Mora, et al., 2013; Institutos Nacionales de Salud, 2013).</p>
<p><b>Evaluación:</b> Se dio una plática sobre el sueño y descanso, donde se habló de los beneficios y las consecuencias de no tener un buen sueño. Las intervenciones de enfermería se realizaron durante cinco días, se ajustó el ambiente donde duerme la paciente, después del primer día no hubo interrupciones del sueño durante la noche. Cuando había interrupciones durante la noche la paciente utilizaba la técnica de relajación, respiraciones profundas para poder conciliar el sueño, de una forma más rápida y efectiva.</p>		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.					
<b>Dominio:</b> 1.- Promoción de la salud.  <b>Clase:</b> 2.- Manejo de la Salud.  <b>Patrón en dependencia:</b>  Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud.	<b>Resultados (NOC):</b>  1601. Conducta de cumplimiento.	<b>Indicador.</b>  160104. Acepta el diagnóstico. 160102. Analiza régimen de tratamiento prescrito con el personal sanitario. 160103. Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.	<b>Escala de medición.</b>  1.- Nunca demostrado.  2.- Raramente demostrado.  3.- A veces demostrado.  4.- Frecuentemente demostrado.  5.- Siempre demostrado.	<b>Puntuación.</b>  Mantener: 4 Aumentar: 5  Mantener: 2 Aumentar: 3  Mantener: 2 Aumentar: 3	<b>Objetivos:</b>  El paciente estará motivado para seguir el régimen de tratamiento como está prescrito, siguiendo las estrategias que se establecieron en conjunto con el personal de enfermería.  El paciente estará bajo observación continua para asegurar la adherencia terapéutica.
	<b>Intervenciones (NIC):</b> 4420. Acuerdo con el paciente. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Animar al paciente a que determine sus puntos fuertes y habilidades.</li> <li>Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir que tenga un régimen terapéutico.</li> <li>Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.</li> <li>Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden identificar una falta de compromiso o sanciones por el incumplimiento.</li> </ul> <b>Intervenciones (NIC):</b> 4470. Ayuda en la modificación de sí mismo. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.</li> <li>Explicar al paciente la importancia de la auto-monitorización en el intento de cambiar la conducta.</li> <li>Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.</li> <li>Valorar las razones del paciente para poder cambiar.</li> </ul>				
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Autogestión ineficaz de la salud r/c barrera percibida al régimen terapéutico m/p el paciente abandona el tratamiento y refiere que no lo toma porque no quiere.					<b>Fundamentación científica:</b> Adherencia al tratamiento: Es definido por la OMS como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud”. El incumplimiento del régimen terapéutico implica dos consecuencias directas: la clínica, al no respetar la prescripción de un medicamento disminuirá notablemente su eficacia y reducirá el éxito en el control de factores de riesgo; y económica, abra un aumento de los costes de salud. Estos derivan del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes que no siguen
<b>Fuente de la dificultad:</b> Voluntad.					
<b>Rol de enfermería:</b> Acompañante.					

el régimen terapéutico (Dilla, et al., 2009; Fundación Española de Corazón, 2024).

**Evaluación:**

Las actividades y estrategias implementadas de las intervenciones de enfermería durante cinco días, se observó que el paciente mostro deseos de realizar una buena gestión en su régimen terapéutico, este resultado fue por la explicación de los beneficios que puede conseguir al seguir el régimen que su médico especialista indicaba para su mejora y para su objetivo que era obtener la alta del hospital.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.					
Dominio:	Resultados (NOC):	Indicador.	Escala de medición.	Puntuación.	Objetivos:
9.- Afrontamiento / tolerancia al estrés.	1211. Nivel de ansiedad	121102. Impaciencia. 121105. Inquietud. 121106. Tensión muscular. 121112. Dificultades para la concentración. 121117. Ansiedad verbalizada.	1.- Grave. 2.- Sustancial. 3.- Moderado. 4.- Leve. 5.- Ninguno.	Mantener: 4 Aumentar: 5  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 4 Aumentar: 5  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 4 Aumentar: 5	El paciente deberá controlar la conducta obsesiva y compulsiva, siguiendo las recomendaciones y estrategias del personal de enfermería para disminuir la ansiedad y los impulsos, de esta forma enfrentarse a los problemas a situaciones sociales e interpersonales.
<b>Clase:</b> 2.- Respuesta de afrontamiento.	1405. Autocontrol de los impulsos.	140502. Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas. 140503. Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas. 140504. Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás. 140512. Mantiene el autocontrol son supervisión.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado.	Mantener: 4 Aumentar: 5  Mantener: 4 Aumentar: 5  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 3 Aumentar: 4	
<b>Patrón en dependencia:</b> Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto	<b>Intervenciones (NIC):</b> 4370. Entrenamiento para controlar los impulsos.				
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Ansiedad r/c factores estresantes m/p expresión de intranquilidad y	<b>Actividades:</b>				<b>Fundamentación científica:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente.</li> <li>• Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiado para reforzar la estrategia de solución de problemas que hay enseñado.</li> </ul>				El DSM-5 nos menciona que en el TOC, las obsesiones son los pensamientos, impulsos o imágenes

enojo por ver cosas en desorden o tiradas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.</li> <li>• Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente.</li> </ul>	recurrentes y persistentes que experimentan en algún momento, estos pueden causar a las personas ansiedad o malestar importante. Y al poder aliviar esta ansiedad o malestar lo neutralizan con pensamientos o comportamientos compulsivo o impulsivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).
<b>Fuente de la dificultad:</b> Voluntad.	<b>Intervenciones (NIC):</b> 5820. Disminución de la ansiedad.	
<b>Rol de enfermería:</b> Acompañante.	<b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> <li>• Controlar estímulos de las necesidades del paciente.</li> <li>• Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.</li> <li>• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> </ul>	
<b>Evaluación:</b> Las actividades y estrategias establecidas en las intervenciones de enfermería durante cinco días, se observó al paciente poner en práctica las técnicas de relajación principalmente la técnica de respiración profunda cuando se sentía ansiosa o molesta con alguna acción interpersonal. Para poder controlar los estímulos que presentaba se le brindaba seguridad y serenidad para que pudiera relajarse.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.						
Dominio: 7.- Relaciones de roles. Clase: 3.- Desempeño ineficaz de roles.		Resultados (NOC):	Indicador.	Escala de medición.	Puntuación.	Objetivos:
<b>Patrón en dependencia:</b>  Patrón 8: Rol – Relaciones.		1309 Resiliencia personal.  1302. Afrontamiento de problemas.	130903. Expresa emociones. 130905. Se comunica de forma adecuada para la edad. 130932. Participa en actividades de ocio. 130934 Verbaliza la preparación para aprender.  130201. Identifica patrones de superación eficaces. 130208. Se adapta a los cambios en desarrollo. 130213. Evita situaciones excesivamente estresantes.	1.- Nunca demostrado. 2.- Raramente demostrado. 3.- A veces demostrado. 4.- Frecuentemente demostrado. 5.- Siempre demostrado.	Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 2 Aumentar: 3  Mantener: 1 Aumentar: 2  Mantener: 3 Aumentar: 4  Mantener: 3 Aumentar: 4	El paciente deberá involucrarse en actividades grupales educativas y de ocio durante la estancia hospitalaria, de esta forma podrá enfrentarse sin temor a la sociedad.
<b>Diagnóstico de enfermería:</b> Desempeño ineficaz de roles r/c enfermedad mental m/p conocimientos inadecuados de requisitos del rol y habilidades inadecuadas.		<b>Intervenciones (NIC):</b> 5230. Mejorar el afrontamiento. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</li> <li>• Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.</li> <li>• Animar al paciente a desarrollar relaciones.</li> <li>• Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.</li> </ul> <b>Intervenciones (NIC):</b> 5270. Apoyo emocional. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.</li> <li>• Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>• Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.</li> <li>• Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> </ul>				<b>Fundamentación científica:</b> La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que afecta al pensamiento, en los sentimientos, y en el comportamiento de una persona. Estas personas pueden perder el contacto con la realidad, los síntomas de la esquizofrenia puede dificultar la participación de actividades cotidianas o habituales. Al recibir el tratamiento muchas personas pueden participar en la escuela o el trabajo, así logrando su independencia y disfrutar de las relaciones personales.
<b>Fuente de la dificultad:</b> Conocimientos y voluntad.						
<b>Rol de enfermería:</b> Acompañante.						

		<p>Por otro lado las personas con TOC tienden a evitar personas, lugares y cosas que pueden desencadenar las obsesiones y compulsiones; hay individuos con pensamientos intrusivos, referentes a causar daño, podrían evitar las interacciones sociales. Los pacientes con TOC se asocian a un mayor deterioro laboral y social, y mayor afectación emocional (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021).</p>
<p><b>Evaluación:</b>          Se proporcionó acompañamiento y platica sobre el afrontamiento de emociones, también se realizaron actividades grupales donde participaba para dar su opinión personal.          Se realizaba plática personal para saber sus intereses académicos y personales después de salir del hospital.</p>		

---

---

## Conclusión

El presente trabajo conlleva a dar una percepción en el cuidado del paciente con Trastorno obsesivo compulsivo. Esta enfermedad comprende muchas áreas investigadas de gran relevancia como la genética, la neurología, la psicopatología, la individualidad del paciente, el diagnóstico, el tratamiento y la importancia de los cuidados en las personas que sufren este trastorno.

Es importante el desarrollo del personal de enfermería con la especialidad en psiquiatría, ya que abordar al paciente con Trastorno obsesivo compulsivo es importante trabajar con la familia, estos son el apoyo fundamental del paciente con trastorno mental y con los cuidados independientes del personal de enfermería ayudan a disminuir y reintegrar al paciente a un estado holístico.

Se logró identificar las necesidades del paciente utilizando el instrumento de valoración los "Patrones funcionales de salud" de Marjory Gordon, para realizar los planes de cuidado se ocuparon las taxonomías NANDA (Diagnósticos enfermeros), NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería) y NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería). Después de tener las intervenciones con ayuda de las taxonomías los resultados fueron favorables en el paciente a mejorar su nivel de salud y evitar riesgos potenciales que ponen en riesgo su vida.

Se debe considerar la teoría de enfermería para realizar los cuidados y brindar atención del usuario de una forma de cuidado holístico y aumento del aprendizaje y conocimiento disciplinario, de esta forma seguir con la calidad, autonomía y transparencia en el cuidado de enfermería.



## Anexos

### Anexo 1. Cronograma de actividades.

ACTIVIDADES	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Capacitación											
Adaptación al medio hospitalario											
Elección del tema											
Delimitación del tema											
Búsqueda de información											
Marco teórico											
Proceso Atención de Enfermería											
Valoración											
Diagnostico											
Planificación											
Ejecución											
Evaluación											
Conclusiones											

---

---

Correcciones finales											
Entrega y presentación											







**Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".  
Reporte de actividades.**

SALUD



Cronograma de actividades del servicio de "Consulta externa".  
Fecha del lunes 23 al 27 de octubre del 2017.

Actividades.	Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes.
• Toma de signos vitales y registro.	1	1	1 *	1 *	1 *
• Tendido de camas (con respectivo cambio de sábanas-diario).	*	* 3	3 *	* 3	* 3
• Asistencia en vigilancia de aseo matutino.				1	1
• Asistencia en vigilancia en toma de alimentos (desayuno).	1 *2 3 1 3	* 1 2* 3 1 2 *	3 1 2 *	3 1 2 *	1 2 *
• Ministración de medicamentos y bolsado en hoja de enfermería.	* 2 1 1 2	* 3 2	* 2	2	2
• Valoración física-mental del usuario (llenado de hoja de enfermería).	3	2 2 *	* 2	2 *	2
• Actualización de indicaciones médicas en hoja de enfermería y psiarón.	1 *3 2 1	*3 2	2 1 *	1 2 *	1 2 *
• Abastecimiento de stock de medicamento.	1 *	3 3	3	1	1
• Asistencia del usuario para bajar a interconsulta o electrocardiogramas, ginecología.		1	1		
• Asistencia del usuario para bajar a taller y a rehabilitación.	3 1	3 1	1		
• Asistencia en contención física con presencia del respectivo formato autorizado por médico tratante y vigilancia de la misma c/ 2 horas.					* 1
• Asistencia para bajar pacientes a Jardín.	1 *	3 1 *	3 *	3 1 *	3 1 *

1- Pasante 2- Jefe de Servicio 3- Estudiante \* Personal adscrito.

Prestador de servicio social en enfermería: Wendolene Valderrama Martínez.



**Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".  
Reporte de actividades.**

SALUD



Cronograma de actividades del servicio de "Observación - Urgencias".  
Fecha del lunes 8 al 12 de Enero del 2018.

Actividades.	Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes.
• Toma de signos vitales y registro.	1	1	1	1	1
• Verificación del inventario.	1 2	1 2	1 2	1	1
• Tendido de camas (con respectivo cambio de sábanas-diario).	1 3	3 1	3 1 1 3	3 1	3 1
• Asistencia en vigilancia de aseo matutino.	1 3	1 3	1 3	1 3	1 3
• Asistencia en vigilancia en toma de alimentos (desayuno).	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
• Ministración de medicamentos y bolsado en hoja de enfermería.	3	3	3	3 1	3 1
• Valoración física-mental del usuario (llenado de hoja de enfermería). Valoración y revaloración de la hoja Morfe.	2 3 1 2 3	1 2 3 1 2 3 1 2 3 1	2 3 1 2 3 1 2 3 1	2 3 1	2 3 1
• Realización de curaciones.		1 3	1 2 3 1 3	1 3	1 3
• Realización de electrocardiogramas y lecturas.		1 3	1 3	1 3	1 3
• Abastecimiento de stock de medicamento.	2 1	3 1	3 1	3	3
• Abastecimiento de material e instrumental.	1 2	1 3	1 3	1 2 3 1 2 3	1 2 3
• Ministar medicamento al paciente ambulatorio.	1 3	1 2	1 3 2	1 2 3 1 3	1 3
• Asistencia en contención física con presencia del respectivo formato autorizado por médico tratante y vigilancia de la misma c/ 2 horas.	2 3 1 2 3	1 1 2 3 1 2 3 1 2 3 2 1	1 2 3 1 2 3 3 2 1	1 2 3 3 2 1	1 2 3 3 2 1
• Realización de actividades lúdicas con pacientes	1 3	1	1 3	1	1 3

1- Pasante. 2- Jefe de Servicio. 3- Personal adscrito. \* Estudiante. ■ Día festivo. ■ Vacaciones

Prestador de servicio social en enfermería: Wendolene Valderrama Martínez.



**Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".  
Reporte de actividades.**

SALUD



**Cronograma de actividades del servicio de "Observación - Urgencias".**

Fecha del lunes 15 al 19 de Enero del 2018.

Actividades.	Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes.
• Toma de signos vitales y registro.	1 *	1 *	1 *	1 *	1 *
• Verificación del inventario.	1 2	1 2	1 2	1	1
• Tendido de camas (con respectivo cambio de sábanas diario).	1 3 *	* 3 1 *	* 3 1 1 3 *	* 3 1	* 3 1
• Asistencia en vigilancia de aseo matutino.	1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *
• Asistencia en vigilancia en toma de alimentos (desayuno).	1 2 3*	1 2 3*	1 2 3*	1 2 3*	1 2 3*
• Ministración de medicamentos y boleado en hoja de enfermería.	3	3	3	3 1	3 1
• Valoración física-mental del usuario (llenado de hoja de enfermería). Valoración y revaloración de la hoja Morse.	* 3 1 *	* 3 1 *	* 3 1 *	* 3 1 *	* 3 1 *
• Realización de curaciones.	1 3 *	* 1 3 *	* 1 2 3*	1 3 *	* 1 3 *
• Realización de electrocardiogramas y lectura.	1 3	1 3	1 3		
• Abastecimiento de stock de medicamento.	3 1	3	3 1	3	3 1
• Abastecimiento de material e instrumental.	1 2 3*	1 3 *	* 1 3 *	1 2 3*	1 2 3*
• Ministración medicamento al paciente ambulatorio.	1 3 *	* 1 2 *	* 1 3 2	1 2 3 1 3 *	
• Asistencia en contención física con presencia del respectivo formato autorizado por médico tratante y vigilancia de la misma c/ 2 horas.	2 3 1*	2 3 1	1 2 3*	1 2 3*	3 2 1
• Realización de actividades lúdicas con pacientes	1 *	1 *	1 3 *	1	1 3 *

1- Pasante. 2- Jefe de Servicio. 3- Personal adscrito. \* Estudiante. ■ Día festivo. ■ Vacaciones.

*Wendoline Valderrama Martínez*  
ENFERMERA

Prestador de servicio social en enfermería: Wendoline Valderrama Martínez.



**Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".  
Reporte de actividades.**

SALUD



**Cronograma de actividades del servicio de "4° piso Mujeres".**

Fecha del lunes 26 de Febrero al 2 de Marzo del 2018.

Actividades.	Lunes.	Martes.	Miércoles.	Jueves.	Viernes.
• Toma de signos vitales y registro.	1	1	1	1	1
• Tendido de camas (con respectivo cambio de sábanas diario).	1 3	* 3 1 *	* 3 1 1 3	* 3 1	* 3 1
• Asistencia en vigilancia de aseo matutino.	1 2	1	* 1	1 3	1 3 *
• Asistencia en vigilancia en toma de alimentos (desayuno).	1 2 3*	* 1 3 2	1 2 3*	1 2 3*	1 2 3*
• Ministración de medicamentos y boleado en hoja de enfermería.	2 1	2 1	2 3 1 2 3 1	2 3 1 2 3 1	2 3 1
• Valoración física-mental del usuario (llenado de hoja de enfermería).	2 3 1	2 3 1	2 3 1	2 3 1	2 3 1
• Valoración y modificación de la hoja Morse.	1 *	1	1	1 *	1 *
• Actualización y verificación de indicaciones médicas en hoja de enfermería y pizarrón.	1 2 3*	1 2 3*	1 3 *	1 2 3*	1 2 3*
• Abastecimiento de stock de medicamento.	1	1	1	* 1 2 *	* 1 *
• Asistencia del usuario para bajar a interconsulta o electrocardiograma, ginecología.		1			1
• Asistencia del usuario para bajar a taller y a rehabilitación.	1 *	* 1	1 *	1 *	1 *
• Asistencia en contención física con presencia del respectivo formato autorizado por médico tratante y vigilancia de la misma c/ 2 horas.	2 3 1*	2 3 1*			3 2
• Asistencia para bajar pacientes a Jardín.	* 1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *	* 1 3 *
• Realización de actividades lúdicas con pacientes	*	*	*	*	*

1- Pasante. 2- Jefe de Servicio. 3- Personal adscrito. \* Estudiante. ■ Día festivo. ■ Vacaciones.

*Wendoline Valderrama Martínez*  
ENFERMERA

Prestador de servicio social en enfermería: Wendoline Valderrama Martínez.

**ESCALA BRADEN**

FBA ENF 5 - 07 3 DE 4

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	1.- Completamente limitada.	2.- Muy limitada.	3.- Ligeramente limitada	4.- Sin limitaciones
Capacidad para reaccionar ante un estímulo interno o externo	Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1.- Constantemente húmeda	2.- A menudo húmeda	3.- Ocasionalmente húmeda	4.- Raramente húmeda
Nivel de exposición de la piel a la humedad	La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	La piel está ocasionalmente húmeda	La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1.- Encamado/a	2.- En silla	3.- Deambula ocasionalmente	4.- Deambula frecuentemente.
Nivel de actividad física	Paciente constantemente encamado/a.	Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas	Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD	1.- Completamente inmóvil	2.- Muy limitada Ocasionalmente	3.- Ligeramente limitada	4.- Sin limitaciones
Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	Efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN	1.- Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3.- Adecuada	4.- Excelente
Patrón usual de ingesta de alimentos	Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero toma un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1.- Problema	2.- Problema potencial	3.- No existe problema aparente	
	Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla	

La Escala de Braden es una valoración que se hace al ingreso del paciente para ver el riesgo que tiene de padecer úlceras y dependiendo del riesgo que tenga se le realizaran revisiones diarias (alto riesgo), cada 3 días (riesgo medio), o 1 vez a la semana (riesgo bajo). Y a partir de esta escala se tomaran las medidas

**Fuentes:** Paredes y Martell, 2014; Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

**⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**



**0** Mójese las manos con agua;



**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



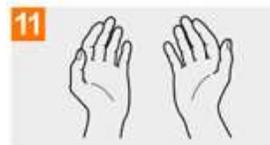
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



**10** Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

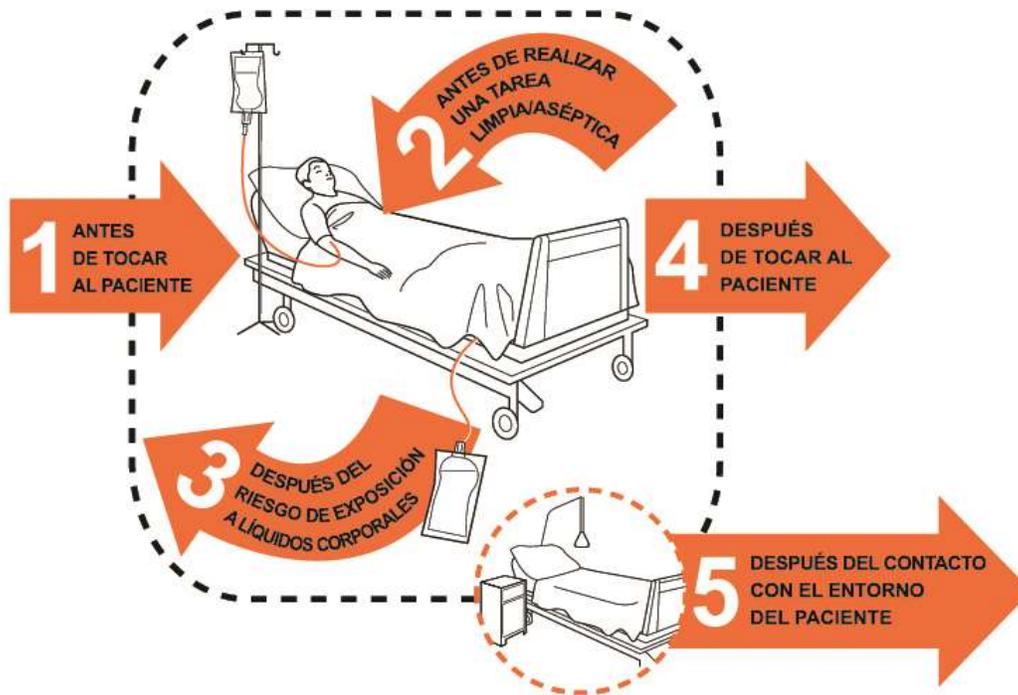
Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

# Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



<b>1</b>	<b>ANTES DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
<b>2</b>	<b>ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASEPTICA</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
<b>3</b>	<b>DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>4</b>	<b>DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
<b>5</b>	<b>DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE</b>	<b>¿CUÁNDO?</b>	Lávase las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		<b>¿POR QUÉ?</b>	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización  
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente  
THE ACHIEVEMENT HAS NO OTHER NAME  
**SAVE LIVES**  
 Clean Your Hands



**JALISCO**  
INSTITUTO DEL ESTADO

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Compete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudieran ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

**Fuente:** Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

**Código Pantone.**

<b>MEDICAMENTO.</b>	<b>COLOR</b>
Succinilcolina.	Rojo. Negro.
Diazepam.	Naranja.
Atropina.	Verde.
Adrenalina.	Violeta.
Gluconato de calcio.	Rojo.
Cloruro de potasio.	Rojo.
Sulfato de magnesio.	Rojo.
Insulina.	Blanco.
Heparina.	Blanco.
Bicarbonato de sodio.	Rojo.
Cloruro de sodio.	Rojo.
Tiopental sódico.	Amarillo.
Propofol.	Amarillo.
Adenosina.	Azul.
Enoxaparina sódica.	Blanco.
Xylocaina.	Gris.
Midazolam.	Negro.
Gadolinio.	Azul pastel.
Iopamidol	Verde militar.

**Doble verificación en medicamentos de alto riesgo.**

**En el momento de preparación.**

1. Medicamento correcto.
2. Dosis correcta.
3. Fecha de caducidad.

**En el momento de la ministración.**

1. Paciente correcto.
2. Vía correcta.
3. Rapidez correcta.
4. Hora correcta.
5. Plan de acción en caso de falla o error.

**Realicé registros correspondientes con firma de doble verificación.**

**Elabore notificación de incidente en caso de evento adverso.**

<b>Lista de medicamentos LASA.</b> Medicamentos de nombre y aspecto parecido.	
<b>ADENOSINA</b>	<b>ATROPINA</b>
<b>AMOXICILINA</b>	<b>AMPICILINA</b>
<b>ATOMOXETINA</b>	<b>ATORVASTATINA</b>
<b>CEFALEXINA</b>	<b>CEFOTAXIMA</b>
<b>CLORFENAMINA</b>	<b>CLOROPIRAMINA</b>
<b>CLOZAPINA</b>	<b>OLANZAPINA</b>
<b>ESCITALOPRAM</b>	<b>CITALOPRAM</b>
<b>LORAZEPAM</b>	<b>CLONAZEPAM</b>
<b>LORATADINA</b>	<b>LOPERAMIDA</b>
<b>LEVOMEPRMAZINA</b>	<b>LEVOTIROXINA</b>
<b>METAMIZOL</b>	<b>METIMAZOL</b>
<b>HALOPERIDOL</b>	<b>ALOPURINOL</b>
<p><b>NOTA:</b> La prescripción de estos medicamentos <b>será en letra MAYUSCULA y negritas.</b> (Medico)</p> <p><b>La transcripción</b> de estos medicamentos a la hoja de registros clínicos y observaciones de enfermería <b>será con letra MAYUSCULA</b> (enfermería).</p> <p>Los antibióticos de este listado serán con las especificaciones ya conocidas (tinta roja y MAYUSCULA).</p>	

**Fuente:** Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018.

---

## **Carta de los Derechos Generales de las y los Pacientes**

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención medica recibida.

(Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018)

---

## Derecho de los y las Enfermeras

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisiones de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados (Coordinación de Enseñanza de Enfermería, 2018).

## Referencias bibliográficas.

1. Abad L. (2021) Valoración de enfermería pediátrica basada en la filosofía de Marjory Gordon. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. (pp.3-29).
2. Alonso P., Segalás C., Vallejo J. (2015). Capítulo 15: Trastornos obsesivos. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8° edición. (pp. 495-539). España: Elsevier.
3. Arrollo N., Bobadilla I., Bravo M., García B., Jiménez G., Matteis M., Úbeda J. (2018). Guía de tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes. España: Cibersam.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (pp. 235-242). México: Editorial Medica Panamericana.
5. Bello N., Fernández M. Capítulo VI: Primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería. Capítulo VII: Segunda y tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería. Bello N. Fundamentos de enfermería. Parte I. La Habana-Cuba; 2006. Pp. 220-331.
6. Cárdenas E., Feria M., Palacios L., Peña F. (2010). Capítulo 4: Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatra Ramón de la Fuente Muñiz. (pp. 18-22). México.
7. Carrillo-Mora P., Ramírez-Peris J., Magaña-Vázquez K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. Revista de las Facultades de Medicina (México). 56 (4): 5-15.
8. Dilla T., Valladares A., Lizán L., Sacristán J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Revista Atención Primaria. Elsevier Doyma; 41(6): 342-348.
9. Díaz A., Miranda J., Nava L., Cortés A. (2020). "Voces Aisladas": Una explosión a la institución psiquiátrica. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma Metropolitana.

10. Fornés J. (1997). Registros de enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Específico para pacientes con trastornos mentales. Revista ROL de enfermería n.º 223. pp. 56-63.
11. Fundación Española del Corazón. (2024) ¿Conoces los riesgos de no seguir el tratamiento? Recuperado: 08 de marzo de 2024. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/197-test-y-cuestionarios/2245-importancia-cumplimiento-terapeutico.html>
12. Gayosso E., Sánchez C. Proceso Atención de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2007. Recuperado: 14 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n1/m3.html>
13. Gobierno de México. (2018). Acciones y programas – Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Recuperado: 12 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatrico-fray-bernardino-alvarez>
14. Guzmán F. (2022). Trastorno Obsesivo Compulsivo en México. Universidad Nacional Autónoma de México. UNAM global revista. Recuperado: 6 de marzo de 2024. Disponible en: [https://unamglobal.unam.mx/global\\_revista/tres-millones-padecen-toc-en-mexico-2/](https://unamglobal.unam.mx/global_revista/tres-millones-padecen-toc-en-mexico-2/)
15. Heather T. y Shigemi K. (2019). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. NANDA. 2018-2020 Undécima edición. Elsevier España S.L.U. Ediciones previas: 2015, 2013, 2010. ISBN: 978-84-9113-449-7
16. Ibáñez J., Garrido I., Millán M. (2010). Capítulo XVII Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de enfermería de Jaén. (pp.184-201).
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). Guía de Práctica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de Ansiedad en el Adulto. (pp. 3-4). México.
18. Instituto Nacional de Cáncer (NIH). (2024). Mutación de novo. Diccionario de cáncer del NIH. Recuperado: 6 de marzo de 2024. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/mutacion-de-novo>

19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Croquis del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Recuperado: 12 de febrero de 2018. Disponible: <https://www.google.com/maps/place/Hospital+Psiqui%C3%A1trico+Fray+Bernardino+%C3%81lvarez/@19.2879477,-99.1632358,17z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x85ce008ab18c81d5:0x3f53498b19c098ae!8m2!3d19.2879477!4d-99.1606609!16s%2Fg%2F1tfsnb04?entry=ttu>
20. Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). La esquizofrenia. Institutos Nacionales de la Salud. Publicaciones de NIH. Número 21.
21. Institutos Nacionales de Salud. (2013). Los beneficios de dormir. Recuperado: 06 de marzo de 2024. Disponible en: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/los-beneficios-de-dormir>
22. López G. (2019). Trabajo académico: “Cuidados de enfermería en el paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo”. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de enfermería. (pp. 8-53). Lima Perú.
23. Luna D. (2022). Historia del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino. Recuperado: 20 de febrero de 2024. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/cdmx/2022/06/26/historia-del-hospital-psiquiatrico-fray-bernardino>
24. Martínez A. (2018). Trastorno obsesivo compulsivo. Revista Internacional De Apoyo a La inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad, 2(1). Recuperado: 6 de marzo de 2024. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4197>
25. National Institute of Mental Health (NIMH). (2018). Trastorno obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no son deseados o comportamientos repetitivos toman control. Recuperado: 6 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>

26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). Capítulo V. Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión (CIE-10) (pp. 295-367). Estados Unidos de América.
27. Paredes K. y Martell M. (2014). Boletín Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. (pp.1 – 33). Ciudad de México.
28. Ríos S. (2012). El proceso de atención en enfermería: notas de clase. Barranquilla: Universidad del Norte, 2012. Recuperado: 14 de noviembre de 2021. Disponible en:  
<https://elibro.uam.elogim.com/es/ereader/bidiuam/69855?page=43>
29. Rodríguez R. (2013). Antidepresivos. Vademécum Académico del Medicamentos. Sexta edición. Universidad Nacional Autónoma de México. (pp. 277-661). México.
30. Rubio J. (2016). Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). Rev. Enfermería en Cardiología. Madrid-España. 23 (69): 30-39. Recuperado: 14 de noviembre de 2021. Disponible en:  
[https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69\\_02.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/69_02.pdf)
31. Secretaría de Salud. (2017). Manual de Procedimientos de los servicios de Atención Psiquiátrica. (pp. 4 – 10). México.
32. Secretaría de Salud del Estado de Veracruz. (2016). Tema III: metodología del proceso de enfermería para el cuidado estandarizado. Dirección de atención médica. Departamento estatal de enfermería. Recuperado: 14 de noviembre de 2021. Disponible en:  
<https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-III-METODOLOG%C3%8DA-DEL-PROCESO-DE-ENFERMER%C3%8DA-DIAGNOSTICO.pdf>
33. Secretaría de Salud. (2016). Casi el total de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo se recuperan. Recuperado: 6 de marzo de 2024. Disponible en:  
<https://www.gob.mx/salud/prensa/casi-el-total-de-pacientes-con-trastorno-obsesivo-compulsivo-se->

