

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2017”**

**Tesis presentada por los Bachilleres:**

**ROSA ADELAIDA CHOCANO BARRIOS  
BRYAN ALVARO OLAVE ESPINOZA**

**Para optar el Título Profesional de  
Licenciados en Enfermería**

**Asesora:**

**Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra**

**AREQUIPA - PERÚ  
2017**

## **PRESENTACIÓN**

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

**S.D.**

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado: “FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017”, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Agosto 2017

---

**Rosa Adelaida Chocano Barrios**

---

**Bryan Alvaro Olave Espinoza**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS**

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis: **Decreto N° 049 -FENF-2017 - Expediente N° 2017 28345**

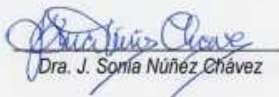
"FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017"

AUTORES : Rosa Adelaida Chocano Barrios  
Bryan Alvaro Olave Espinoza

FECHA : Arequipa, 13 de Julio del 2017

Reunido el Jurado Dictaminador, llega a la conclusión, de que el presente estudio puede pasar a la fase de sustentación.

Atentamente.

  
Dra. J. Sonia Núñez Chávez

  
Dra. Teresa Chocano Rosas

  
Dra. Susana Díaz de Bellido

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

**A** : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : Mgter. María del Pilar Borja Vizcarra  
Docente Asesora de Tesis

**FECHA** : 09 de Junio del 2017

**INVESTIGADORES** : Señores Bachilleres:  
**ROSA ADELAIDA CHOCANO BARRIOS**  
**BRYAN ALVARO OLAVE ESPINOZA**

**ANTECEDENTES** : La investigación:

“FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2014-2016”

La asesoría se realizó desde el mes de abril hasta el presente, contó con sesiones permanentes en las que se realizó algunas modificaciones en enunciado, marco teórico, llegando al planteamiento operacional hasta la elaboración del informe final.

#### APRECIACIÓN PERSONAL:

La investigación realizada constituye un aporte en el aspecto preventivo promocional de la salud de salud mental familiar, cuyos resultados aportarán al planeamiento de cuidados preventivos en el área comunitaria y clínica.

Los señores investigadores demostraron entusiasmo, empeño, responsabilidad y ética en la realización del presente trabajo de investigación.

Atentamente,



Mgter. María Del Pilar Borja Vizcarra  
Docente Asesora



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS**

**A** : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : Jurado Dictaminador

**ASUNTO** : Dictamen de Proyecto de Tesis  
**"FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO  
OBSESIVO COMPULSIVO EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISES HERESI, AREQUIPA 2014 - 2016"**

**AUTORES** : Rosa Adelaida Chocano Barrios  
Bryan Alvaro Olave Espinoza

**FECHA** : Arequipa, 23 de Marzo del 2017

---

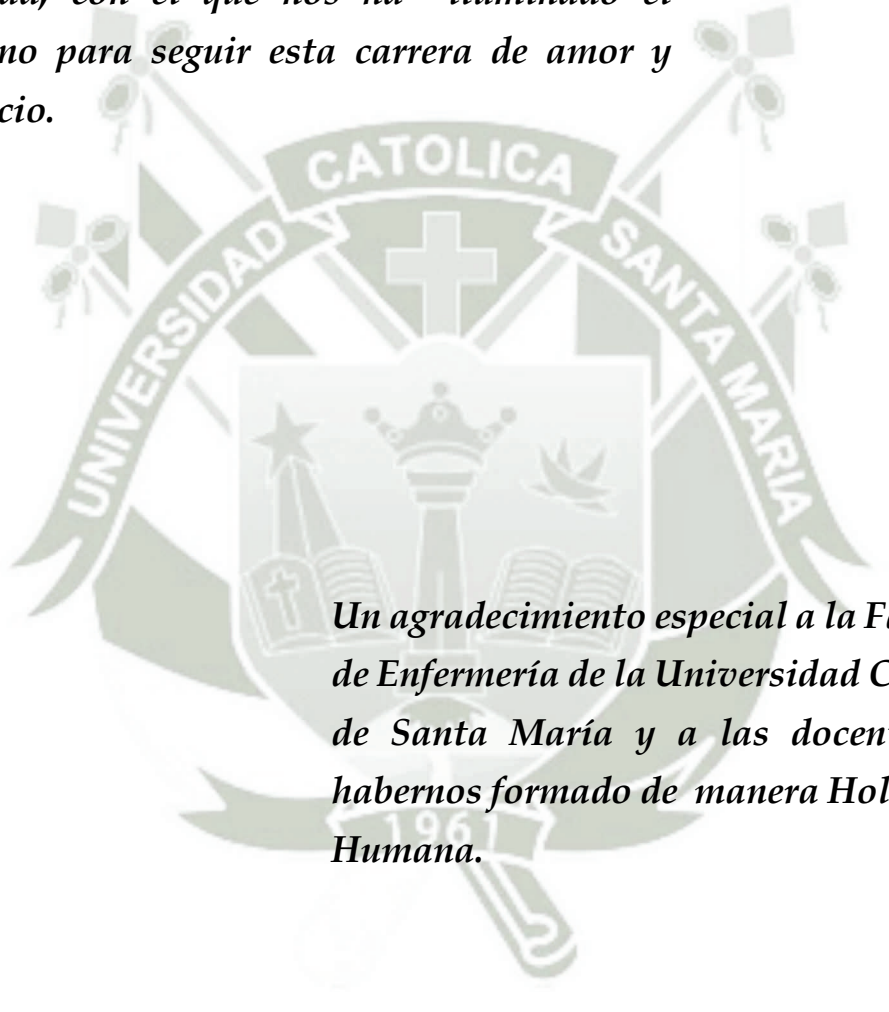
Reunido el Jurado Dictaminador:

Subsanadas las observaciones sugeridas por los miembros del jurado dictaminador, según el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María puede pasar a Ejecución.

  
Dra. J. Sonia Núñez Chávez

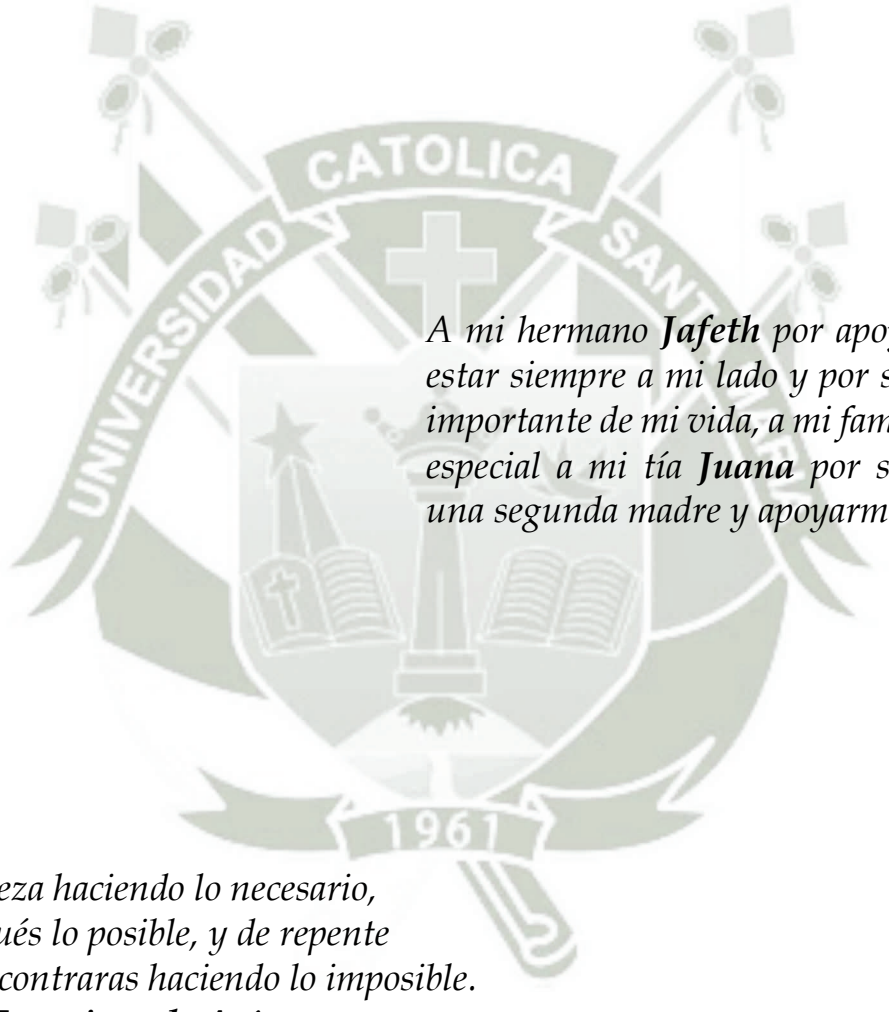
  
Dra. Teresa Chocano Rosas

*Le agradecemos a Dios por su infinito amor y bondad, con el que nos ha iluminado el camino para seguir esta carrera de amor y servicio.*



*Un agradecimiento especial a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María y a las docentes por habernos formado de manera Holística y Humana.*

*Les agradezco a mis amados padres  
**Ana María y José Santos** por  
haberme inculcado una formación en  
valores, por estar conmigo en todo  
momento y por ser la fuente de  
motivación en mi vida.*




*A mi hermano **Jafeth** por apoyarme y  
estar siempre a mi lado y por ser parte  
importante de mi vida, a mi familia y en  
especial a mi tía **Juana** por ser como  
una segunda madre y apoyarme.*

*Empieza haciendo lo necesario,  
Después lo posible, y de repente  
Te encontraras haciendo lo imposible.  
**San Francisco de Asís***

***Rosa Adelaida***

*Con todo mi inmenso cariño y gratitud:*

*A mi Madre **Julia Frida**, a mi Tía **Zoila** y a mi Abuela **Fidela**, por todo el amor que me brindaron, por confiar en mí, la paciencia y la dedicación que cada día me dan para mi formación y ser la persona que soy.*



*A mi Hermana **Frida** por ser la fuente de mi inspiración, ejemplo a seguir, por apoyarme y creer en mí.*

*A mis Tíos **Enrique** y **Pedro** por ser la fortaleza emocional, por estar siempre presentes dándome una voz de aliento para poder alcanzar mis metas.*

*Si no puedes volar entonces corre, si no puedes correr entonces camina, si no puedes caminar entonces arrástrate, pero sea lo que hagas, sigue moviéndote hacia adelante.*

**Martin Luther King Jr.**

**Bryan Alvaro**

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
INDICE DE TABLAS	11
INDICE DE GRÁFICOS	13
RESUMEN	14
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
 <b>CAPITULO I</b> <b>PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b>  	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	16
1.1. Enunciado del Problema	16
1.2. Descripción del Problema	16
1.2.1. Campo, Área y Línea	16
1.3. Variable	16
1.4. Análisis u Operacionalización de Variables	17
2. INTERROGANTES DE INVESTIGACION	18
3. TIPO Y NIVEL DEL PROBLEMA	19
4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	19
5. OBJETIVOS	20
6. MARCO TEORICO	21
7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	59
8. HIPOTESIS	60

## CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	61
1.1. Técnica	61
1.2. Instrumento	61
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	62
2.1. Ubicación Geográfica	62
2.2. Ubicación Temporal	62
2.3. Unidades de estudio	62
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	63
4. RECURSOS	64

## CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	89
ANEXOS	92

## INDICE DE TABLAS

	Páginas
<b>TABLA N° 01</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN GÉNERO Y EDAD. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017	67
<b>TABLA N° 02</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN ESTADO CONYUGAL. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.	68
<b>TABLA N° 03</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN NIVEL SOCIOECONOMICO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.	69
<b>TABLA N° 04</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.	70
<b>TABLA N° 05</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y EL TIPO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	71
<b>TABLA N° 06</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN DINAMICA FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.	73
<b>TABLA N° 07</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL MALTRATO INFANTIL Y EL ESTILO DE COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	74
<b>TABLA N° 08</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.	77
<b>TABLA N° 09</b> PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL DE LA FAMILIA Y LA EDAD DE INICIO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	78

**TABLA N°. 10**

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL ESTILO DE COMUNICACIÓN Y LA EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017. 81

**TABLA N°. 11**

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN LOS FACTORES EDUCATIVOS PARENTALES Y LA EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017. 84



## INDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
<b>GRÁFICO N°. 07</b>	
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL MALTRATO INFANTIL Y EL ESTILO DE COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	76
<b>GRÁFICO N°. 09</b>	
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL DE LA FAMILIA Y LA EDAD DE INICIO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	80
<b>GRÁFICO N°. 10</b>	
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN EL ESTILO DE COMUNICACIÓN Y LA EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	83
<b>GRÁFICO N°. 11</b>	
PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO SEGÚN LOS FACTORES EDUCATIVOS PARENTALES Y LA EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.	86

## RESUMEN

**FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.**

**FAMILY FACTORS RELEASING THE COMPULSIVE OBSESSIVE DISORDER IN PATIENTS OF THE MENTAL HEALTH CENTER MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.**

ROSA ADELAIDA CHOCANO BARRIOS<sup>1</sup>  
BRYAN ALVARO OLAVE ESPINOZA<sup>2</sup>

La presente investigación tiene como objetivos identificar los factores familiares de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo e identificar el principal factor familiar desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2017, siendo un estudio documental, descriptivo y teniendo para la recolección de datos la técnica de observación documental y como instrumento la ficha de observación documental de la historia clínica, estos datos fueron obtenidos estadísticamente y es presentado en tablas y gráficos, obteniendo como conclusiones los diferentes factores familiares de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, llegando a obtener que casi la mayoría de los pacientes tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, cerca de la mayoría tuvieron un estilo de comunicación negativa, más de la mitad no recibieron maltrato en su infancia y tuvieron algún tipo de disfunción familiar respectivamente y más de la cuarta parte de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tuvieron una dinámica familiar muy estrecha y se identificó que el principal factor familiar desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo, es el factor educativo parental inadecuado, dentro de este factor se encuentran el estilo autoritario, estilo permisivo y el estilo indiferente.

**PALABRAS CLAVES: FAMILIARES - TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO – SALUD MENTAL.**

### ABSTRACT

The present study aims to identify the family factors of patients with obsessive compulsive disorder and to identify the main family factor triggering the obsessive compulsive disorder in the Mental Health Center Moisés Heresi Arequipa 2017, being a documentary, descriptive study and having for the collection Of the data of the documentary observation technique and as an instrument of the documentary observation of the clinical history, these data were obtained statistically and are presented in tables and graphs, obtaining as conclusions the different familiar factors of the patients with obsessive compulsive disorder, arriving at To obtain that almost the majority of the patients had an inadequate parental educational style, near the majority had a negative communication style, more than half did not receive mistreatment in their childhood and had some type of family dysfunction respectively and more of the cua Of the patients with obsessive compulsive disorder had a very close family dynamics and it was identified that the main familial factor triggering the obsessive compulsive disorder is the inadequate parental educational factor, within this factor are the authoritarian style, permissive style and the Indifferent style.

**KEY WORDS: FAMILIAR - OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER - MENTAL HEALTH.**

---

<sup>1</sup> Bachiller de Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada. Urb. Manuel Prado, calle Villegas 117 Paucarpata. Teléfono. 401673.

<sup>2</sup> Bachiller de Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado. Calle Idelfonso Lopez PT Zamacola Cerro Colorado. Teléfono 443065.

## INTRODUCCION

La familia dentro de todos sus roles y funciones tiene como uno de ellos dar cuidados y la atención necesaria a cada uno de sus miembros para que puedan integrar en la sociedad como personas saludables y la salud mental es esencial en la vida de las personas para el completo desarrollo biopsicosocial.

En la actualidad se ha destacado que para la salud mental y emocional del niño son elementos cruciales el cariño, la continuidad y la estimulación materna<sup>3</sup>, ya que es importante el cuidado de la salud mental primero en el hogar, luego en la escuela y finalmente en todos los espacios sociales, direccionando siempre a la prevención y promoción.<sup>4</sup>

En nuestra investigación pretendemos dar a conocer que la familia tiene un rol importante para el desarrollo de alguna enfermedad mental en especial el trastorno obsesivo compulsivo, teniendo en cuenta que estos resultados ayuden de forma preventivo – promocional a la salud mental en la familia.

Este estudio se realizó con la coordinación del decanato de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María para la aprobación del proyecto y con el Médico Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para la aplicación del instrumento y recolección de datos.

Teniendo como motivación de esta investigación al observar a los pacientes psiquiátricos en las prácticas clínicas del VIII semestre en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

La metodología usada en este estudio, está ubicada en el campo de Ciencias de la Salud y de nivel Documental, presenta tres capítulos, el primero llamado planteamiento teórico, el segundo planteamiento operacional y el tercero los resultados, conclusiones y las recomendaciones.

---

<sup>3</sup> DE LA CUESTA C.(1995) FAMILIA Y SALUD .Revista rol de enfermería, vol.203-204  
Editorial: Rúa .Colombia,Pag:22

<sup>4</sup> <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/escolar/la-salud-mental-en-la-familia-555667.html> Extraído:6/06/17 hora:18:05 pm Actualización:02 de abril del 2013

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017

##### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

###### 1.2.1. Ubicación del problema

- a) **CAMPO** : Ciencias de la Salud
- b) **ÁREA** : Cuidado de Enfermería en Psiquiatría
- c) **LÍNEA** : Trastorno Obsesivo Compulsivo

##### 1.3. VARIABLE:

**UNICA:** FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES

#### 1.4. ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUB-INDICADORES
<b>FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES</b>	<u>Datos Sociodemográficos</u>	
	Género	Masculino Femenino
	Edad	20 – 25 26 – 30 31 – 35 36 – 40 41 - 45 46 - 50
	Estado Conyugal	Soltera/o Casada/o Conviviente Divorciada/o Viuda/o
	Nivel Socioeconómico	Alto Medio Bajo
	Grado de Instrucción	Iletrado Primaria Secundaria Técnico Superior
	Tipos de Familia	Nuclear Monoparental Ampliada Extensa
Estado funcional de la familia	Normofuncionante Disfunción Leve Disfunción Grave	

VARIABLE	INDICADORES	SUB-INDICADORES
<b>FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES</b>	Estilo de dinámica Familiar	Muy Estrecha Muy estrecha pero conflictiva Cercana Conflictiva Distantes Quiebre
	Estilos comunicativos empleados en la familia.	Asertivo Agresivo Pasivo
	Estilos educativos parentales	Democráticos Permisivos Autoritarios Indiferentes
	Violencia Intrafamiliar	Si No
	Edad de inicio de Trastorno Obsesivo Compulsivo	5-10 años 11-20 años 21-30 años 31-40 años 41-50 años
	Antecedentes familiares de enfermedades mentales	Trastorno Obsesivo Compulsivo Esquizofrenia Ansiedad Depresión Alzheimer Alcoholismo

## 2. INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN:

- ¿Cuáles son los factores familiares de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

- ¿Cuál es el principal factor familiar desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi?

### 3. TIPO Y NIVEL DEL PROBLEMA:

- **TIPO** : Documental
- **NIVEL** : Descriptivo

### 4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

La familia y la salud mental son primordiales para que el ser humano tenga un equilibrio emocional y un grado de supervivencia.

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad crónica que va afectar la tranquilidad de la persona aumentando su ansiedad, llevándolos a tener pensamientos obsesivos y actos que serán recurrentes y rígidos.

Esta investigación tiene relevancia científica, porque va, a aportar conocimientos para la prevención y promoción de la salud, en personas que puedan desencadenar este trastorno, siendo más frecuente de lo que se creía hace algunos años.

Se calcula que en el Perú el 2% de la población tiene trastorno obsesivo compulsivo (quizás durante un breve periodo de su vida, o de forma crónica), en esta cifra se incluye la estimación de pacientes que encubren sus síntomas y todavía no han sido diagnosticados. Eso significa que es más frecuente que la esquizofrenia o la anorexia. En el mundo hay más de cien millones de personas con esta enfermedad.<sup>5</sup>

Los hallazgos nos van ayudar a crear conciencia sobre cómo influye la familia en este trastorno y la importancia de brindar una atención integral completa donde esté incluida la salud mental.

---

<sup>5</sup> <http://psicocalidad.blogspot.pe/2010/11/trastorno-obsesivo-compulsivo-TOC.html>  
Extraído: 21/05/17 Hora: 17:09 pm Actualización: noviembre del 2010

El estudio es factible debido que se cuenta con los recursos necesarios, una previa programación, el tiempo y el material necesario para poder realizar esta investigación.

La motivación de este estudio se dio a través de la observación de los pacientes psiquiátricos en las prácticas clínicas del curso de psiquiatría en el VIII semestre realizadas en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, el interés personal para indagar sobre la familia y de este trastorno surgió al dialogar y ver los diferentes comportamientos de las personas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo, además de obtener el título profesional de enfermeros.

#### **5. OBJETIVOS:**

- Identificar los factores familiares de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2017.
- Identificar el principal factor familiar desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi Arequipa 2017.

## 6. MARCO TEÓRICO

### 1. FAMILIA

#### 1.1. Definición:

El término familia viene del latín familia, es una palabra que deriva de “famulus” que significa sirviente o esclavo. La palabra familia es similar a patrimonio e incluía no solo a los parientes además también a los sirvientes de la casa del amo.<sup>6</sup>

Según la OMS define a la familia como “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y por lo tanto no pueden definirse con precisión en escala mundial.”

Jean Jacques Rousseau considera que la familia es: “La sociedad más antigua de todas, y la única natural es la de una familia, y aun en esta sociedad los hijos solo perseveran unidos a su padre todo el tiempo que le necesitan para su conversación, Desde el momento en que cesa esta necesidad, el vínculo natural se disuelve. (Rousseau, J. 2008. P.9)”<sup>7</sup>

La familia es la unidad base de la sociedad, este grupo va a estar conformado de dos a más personas que van a vivir juntas y están unidas por un vínculo de matrimonio, nacimiento o adopción formando una institución social para cada una de las diversas sociedades, constituido por dos partes: el matrimonio (alianza) y los Hijos (Filiación).

---

<sup>6</sup> <https://es.wikipedia.org/wiki/Familia> Extraído: 08/07/2017 Hora: 11:00 am. Última actualización: 3 de Julio 2017

<sup>7</sup> <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>, Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Extraído: 15/05/2017 Hora: 11:36 am. Actualización: Enero – junio 2014.

## 1.2. Funciones de la familia:

La familia es una institución social que cumple diferentes funciones, dentro de ellas tenemos las siguientes:

- **Función Reproductiva:**

Esta función está enfocada en la procreación de los hijos de una manera responsable para evitar problemas en el futuro tanto de la pareja como del nuevo ser.

Esta se va dar desde el inicio de las relaciones sexuales, embarazo, nacimiento, hasta la capacidad para la crianza y educación de los hijos.

- **Función de Cuidado:**

También llamada función protectora, corresponde al cuidado de la integridad y bienestar de la familia, se dará desde el inicio del matrimonio entre ambos miembros hasta el cuidado y protección de los hijos.

- **Función Afectiva:**

Los padres van ayudar a enseñar, expresar, brindar, recibir o reprimir diferentes sentimientos a los hijos. Cada familia tiene una manera diferente de demostrar sus sentimientos ya sea amor, tristeza, enojo, etc.

- **Función Económica:**

Es la capacidad de los padres para brindar recursos económicos a la familia como por ejemplo: ahorrar dinero o pagar las cuentas. Además esta función se dará en la crianza, alimentación, vestimenta e higiene de los miembros para la satisfacción de las necesidades.

- **Función Educativa:**

Se da durante los primeros años de vida en donde los padres enseñan valores, normas y conocimientos a sus hijos para que ellos aprendan y luego se dará por las instituciones educativas para brindar una educación formadora que será sustentada por la economía de los padres.

- **Función Socializadora:**

Es el proceso a través del cual una determinada sociedad u orden social integra a los miembros más jóvenes en el sistema establecido, moralmente o jurídicamente.

### 1.3. Roles de la familia.

Es el papel que desempeña cada miembro de la familia es decir el rol de papá, mamá e hijo, siendo fundamental para la protección, estabilidad y conformación de los valores.

En el estudio de las familias, conocer cuál es la estructura familiar es uno de los pasos iniciales. Conocer el rol que cumplen cada uno de los integrantes de la familia será importante para tener una mejor visión del funcionamiento familiar.

El rol se refiere a las expectativas y normas que un grupo social (en este caso la familia) tiene con respecto a la conducta de la persona que ocupa una posición particular, incluye actitudes, valores y comportamientos adscritos por la sociedad a todo individuo que se ubique en ese lugar específico de la estructura familiar.

Podemos encontrar tres modos diferentes de roles:

- **Rol Prescrito:**

Es la conducta que se espera de quien ocupa una determinada

posición, de allí que está supeditado a las ideas que tienen los demás respecto al rol.

- **Rol Percibido:**

Es el conjunto de conductas que el ocupante de una posición cree que debe llevar a la práctica. Esta percepción que tiene cada integrante de la familia con respecto al rol que debe cumplir se basa, por ejemplo a modelos observados por el individuo en sus familias de origen, digamos por ejemplo, si un individuo viene de una familia de origen donde tuvo un padre poco afectuoso, no es de extrañar que en la nueva familia que forme tenga un comportamiento igual o similar.

- **Rol Desempeñado:**

Es la forma en que una persona ejecuta definitivamente un rol específico, es decir, las conductas que lleva a cabo realmente.<sup>8</sup>

#### 1.4. Tipos de familia :

Para el trabajo de enfermería es necesario conocer los diferentes tipos de familia, ya que debe tener claro quiénes son los integrantes para determinar la orientación del cuidado, así mismo, conocer los recursos con que cuenta el grupo familiar para ayudarlo a afrontar sus problemas de salud y sobre todo prevenirlos.

Dentro de algunas clasificaciones se encontró que de acuerdo con el número de miembros que la integran y el parentesco que las une tenemos a:<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> <http://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html> Extraído: 15/05/2017 Hora: 14:39 pm. Última actualización: 14 Marzo 2017

<sup>9</sup> NÚÑEZ, S. (2011). Enfermería en el cuidado de la familia, Editorial: UCSM, Arequipa - Perú, Página 20.

#### 1.4.1. Nuclear:

La familia nuclear es lo que conocemos como familia típica, es decir, la familia formada por un padre, una madre y sus hijos. Las sociedades, generalmente, impulsan a sus miembros a que formen este tipo de familias.

#### 1.4.2. Monoparental:

La familia monoparental consiste en que solo uno de los padres se hace cargo de la unidad familiar, y, por tanto, en criar a los hijos. Suele ser la madre la que se queda con los niños, aunque también existen casos en que los niños se quedan con el padre. Cuando solo uno de los padres se ocupa de la familia, puede llegar a ser una carga muy grande, por lo que suelen requerir ayuda de otros familiares cercanos, como los abuelos de los hijos. Las causas de la formación de este tipo de familias pueden ser, un divorcio, ser madre prematura, ser viudo, etc.<sup>10</sup>

#### 1.4.3. Extensa:

La familia extensa, se caracteriza porque la crianza de los hijos está a cargo de distintos familiares o viven varios miembros de la familia (padres, primos, abuelos, tíos etc.) en la misma casa

#### 1.4.4. Ampliada:

Esta familia va ser la Familia Nuclear o Extensa, pero con la integración de miembros que no tienen directamente vínculo consanguíneo y/o parentesco.<sup>11</sup>

<sup>10</sup> <https://psicologiaymente.net/social/tipos-de-familias#!>, Extraído:15/05/2017, Hora: 15:24pm, Última actualización: 18/03/16

<sup>11</sup> OP Cit "Enfermería en el cuidado de la familia". Pág.20, Extraído: 15/05/2017.

### **1.5. Estado funcional de la familia:**

Es como cada uno de los miembros ve el funcionamiento de la familia y el estado funcional de la familia lo podemos extraer del apgar familiar.

El APGAR FAMILIAR (Adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive) es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares. La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias.

Según el APGAR familiar se distinguen tres tipos de estado funcional:

#### **1.5.1. Normofuncionante:**

Es el funcionamiento normal en la familia, donde el grado de apoyo, comunicación y el afecto están presentes siempre. Tiene una puntuación de 7 a 10 puntos.

#### **1.5.2. Disfunción leve:**

En esta familia el apoyo, comunicación y afecto se ven afectados levemente y se van a presentar en algún momento. Tiene una puntuación de 4 a 6 puntos.

#### **1.5.3. Disfunción grave:**

En esta familia el apoyo, la comunicación y el afecto se ven

totalmente afectados y no van a estar presentes en ella. Tiene un puntaje de 0 a 3 puntos.<sup>12</sup>

### **1.6. Dinámica familiar:**

Según Oliveira, Eternod y López (en García, 1999) mencionan que la dinámica familiar es el conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que, tanto entre hombres como mujeres, y entre generaciones, se establecen en el interior de las familias, alrededor de la división del trabajo y de los procesos de toma de decisiones. El estudio de la dinámica familiar surge como una crítica a los supuestos de unidad, interés común y armonía que tradicionalmente se ha dicho acerca de las familias; ya que al asomarse a cada una encontramos diferencias, desigualdades y conflictos; por ello es necesario evidenciar qué pasa realmente al interior de las familias y postular una representación que se asemeje a la realidad.<sup>13</sup>

Dentro de la dinámica familiar tenemos las relaciones interpersonales las cuales son:

#### **1.6.1. Muy estrecha:**

Es una relación en la que hay mucha confianza, donde cada miembro de la familia se puede comunicar de una manera fluida siendo el amor, respeto, cariño y comprensión los principales sentimientos y valores que se manifiestan.

#### **1.6.2. Muy estrecha pero conflictiva:**

Se muestra un ambiente en el que hay confianza, afecto y comunicación pero existen momentos de tensión familiar los que llevan al conflicto por ejemplo: los problemas económicos.

---

<sup>12</sup> [http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR\\_FAMILIAR.pdf](http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf) Extraído:15/05/2017, Hora: 17:04pm, Última actualización: 03/06/14

<sup>13</sup> Torres L., Velázquez P., Ortega A. DINÁMICA FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJOS E HIJAS, Editorial: España – Portugal, Julio – Diciembre 2008. Pág. 33

### 1.6.3. Cercana:

Los miembros de la familia aún mantienen comunicación pero los lazos afectivos están disminuidos.

### 1.6.4. Conflictiva:

Entre los miembros de la familia hay problemas en los que no se puede llegar a una buena comunicación y se van a presentar enfrentamientos entre ellos.

### 1.6.5. Distantes:

En este tipo de familia la comunicación es menos fluida y de lazos afectivos carentes.

### 1.6.6. Quiebre:

Donde ya no hay vínculo alguno entre los miembros de la familia.

## 1.7. Estilos comunicativos empleados en la familia:

Es la interrelación dentro de la familia con cada uno de los integrantes de ella, es un factor de carácter significativo para los padres que va a servirles de una manera protectora además que ayuda a generar más confianza e intercambio de ideas y sentimientos, esta comunicación puede verse afectada o quebrada en la presencia de diferentes problemas.

Dentro de la comunicación familiar se distinguen:

### 1.7.1. Estilo asertivo:

Es un modo de comunicación que implica respeto hacia sí mismo, expresar libremente las opiniones y sentimientos propios sin violar los derechos de los demás. Se caracteriza por:

- Contacto ocular directo, gestos firmes.

- Postura erecta.
- Mensajes en primera persona.
- Respuestas directas.

La persona, objeto de la conducta asertiva suele obtener beneficios, ya que recibe la comunicación clara, sin manipulación lo cual produce mayor satisfacción en lo social, mayor confianza en sí mismo y relaciones más íntimas y significativas.

#### **1.7.2. Estilo agresivo:**

Es una forma de comunicación dañina y desafiante para expresar opiniones, emociones y defender los propios derechos. Conlleva el atacar para defender lo propio, intimidar para hacerse respetar y manipular para conseguir los objetivos personales. Se caracteriza por:

- Volumen alto de voz.
- Hablar sin escuchar.
- Uso de ofensas verbales, amenazas, humillaciones, murmuraciones.
- Mirada retadora, ceño fruncido, cara tensa.
- Gestos amenazadores con las manos, puños cerrados.
- En ocasiones extremas puede haber ataque físico.

Esta conducta produce resentimiento y alejamiento de los demás, sus relaciones son poco duraderas o insatisfactorias. Por lo que surgen sentimientos de culpa y tensiones en las relaciones interpersonales.

#### **1.7.3. Estilo pasivo:**

Es una comunicación en la cual la persona no defiende ni respeta sus propios derechos, al no ser capaz de expresar con

claridad sus opiniones y sentimientos. Trata de evitar a toda costa cualquier tipo de conflicto; busca ser agradable y adaptarse a las necesidades de los demás, sin reparar ni respetar las propias. Se caracteriza por:

- Evitar la mirada, ojos hacia abajo
- Habla poco fluido, con vacilaciones y silencios.
- Expresión abatida o preocupada.
- Volumen bajo de voz.
- Postura cerrada, tensa, encogida, brazos cerrados.
- Empleo de muletillas.
- Movimientos corporales nerviosos o inadecuados.
- Gestos de huida, alejamiento.

Como resultado de esta forma de actuar, la persona evita o escapa de los conflictos y se alivia transitoriamente de la ansiedad. Sin embargo, como el problema queda sin resolver, puede experimentar episodios de ira incontrolada provocada por aguantar situaciones no resueltas y carece de relaciones sociales cálidas.<sup>14</sup>

### **1.8. Estilos educativos parentales:**

Son enseñanzas que van a ser transmitidas dentro del hogar (Padres a Hijos), estas enseñanzas son de un carácter de formación en el comportamiento, emociones y conducta de los hijos.

“Según Maccoby & Martin (1983) existen: Padres democráticos, Permisivos, Autoritarios e Indiferentes.”<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> BROCANO L. (2012). Estilos Comunicativos en Familias Disfuncionales. Guayaquil – Ecuador. Pag 24 – 25.

<sup>15</sup> ÁLVAREZ V. M. I., BERÁSTEGUI A., (2006) Educación y familia: La educación familiar en un mundo de cambio, Editorial: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, Madrid, Página 78.

### 1.8.1. Padres democráticos:

Este estilo democrático es el principal porque actúa el afecto y la comunicación de manera junta, donde el padre da oportunidades a sus hijos de libre expresión (perciben la comprensión hacia ellos), además de la formación de la autonomía para el desarrollo de su independencia y el desarrollo de una buena salud mental, van a aprender sus derechos, funciones y roles en la familia. Este tipo de padres van a tener mayor interés en la educación y la responsabilidad.

El estilo democrático tiene un impacto muy positivo en el desarrollo psicológico de los niños, manifiestan un estado emocional estable y alegre, una elevada autoestima y autocontrol.<sup>16</sup>

### 1.8.2. Padres permisivos:

Los padres no van a tener un carácter de control o de autoridad sino que van a dar un comportamiento liberal a su hijo donde no suelen prohibir cosas, acceden hacia los deseos del hijo, la interacción y el afecto no son carentes entre los miembros como resultado van a tener la falta de desarrollo en la autonomía, además de una ausencia de reglas en el hogar. En este estilo los padres van a tener bajo interés en la responsabilidad y rendimiento académico.

### 1.8.3. Padres autoritarios:

En este estilo de educación tiene un carácter controlador y negativo, donde va a predominar la exigencia, control y el abuso de autoridad (en este ambiente familiar está presente la

---

<sup>16</sup> CAPANO A., UBACH A (2013). Estilos Parentales, Parentalidad Positiva y Formación de Padres, VOL. VII (1) Editorial: Prensa Medica latinoamericana. Uruguay. Pág.87.

agresividad), van a tener como efecto la baja autoestima, la sumisión y carencia de valores, no está presente el afecto, comunicación y opinión de los demás. Dentro de este estilo va estar el castigo como norma de enseñanza. La responsabilidad y el rendimiento académico van a estar más enfocados por estos padres.

#### **1.8.4. Padres indiferentes:**

Este estilo educativo va ser de carácter frío, los padres no se hacen responsables de sus hijos provocando un bajo rendimiento académico, falta de desarrollo en la conducta y desorden familiar. Se ven afectados el afecto y la comunicación.

#### **1.9. Maltrato intrafamiliar:**

La violencia en la familia no distingue el sexo, edad o clase social; esta se da en cualquier familia de la sociedad, se denomina a cualquier acto de agresión física, verbal o psicológica, con el uso de golpes, gritos o amenazas.

Dentro de la familia este maltrato va afectar a todos los miembros, de una manera primordial a los hijos ocasionando secuelas emocionales, psicológicas y físicas.

Los hijos que viven dentro de familias violentas van a presentar distintos síntomas, volviéndolos agresivos (ira, resentimiento, violencia escolar, etc.), reprimidos (falta de apetito, deserción escolar, repetir el año, bajo rendimiento, falta de concentración, etc.) o también algún problema psicológico (alcoholismo, ansiedad, depresión, suicidio o alguna enfermedad mental).

## 2. PACIENTE PSIQUIATRICO:

### 2.1. Definición:

Es una persona, un ser humano único, diferente de todos los demás, no es una categoría de enfermedad, una clase de afección o un conjunto de síntomas, es un individuo que está enfermo en sus facultades, solo y temeroso, por lo que no acuden por ellos mismos a solicitar ayuda y necesitan el apoyo de sus familiares o personas cercanas para que los ayuden, estas personas se van a volver en algunos momentos indefensos y pueden llegar a tener como su peor enemigo a ellos mismos.

Cuando ya no puede tolerar el miedo y la soledad, acude a extraños en busca de amor y aceptación que necesita y se convierte en paciente. La persona presenta una extraña enfermedad sobre la cual ejerce poco o ningún control, a menudo, en su interior sabe que no debe pensar y creer tales cosas, y mucho menos decirlas o hacerlas, pero parece que no puede detenerse, presentando temor, enojo y perturbación llevándolo a tener una situación mental inestable donde no van a poder realizar actividades para cubrir sus propias necesidades o tener una adecuada conducta.<sup>17</sup>

### 2.2. Características de un paciente psiquiátrico:

Son determinadas características que describen la alteración del estado psíquico – mental, dentro de ellas encontramos:

- Apariencia desordenada.
- Comportamiento y actividad psicomotora alterada.
- Actitud hacia el examinador.
- Humor y afecto alterado.

---

<sup>17</sup> <http://www.authorstream.com/Presentation/alejoenfermo-1602183-aspectos-generales-de-la-enfermer-psiqui-trica/> Extraído: 19/05/17, Hora: 10:43 am, Última actualización:23/09/15

- respuestas incoherentes.
- lenguaje inadecuado.
- fuga de ideas.
- aceleración del pensamiento.
- bloqueo del pensamiento.
- Delirios.
- Paranoia.
- Obsesiones y compulsiones.
- Fobias.
- Ideas suicidas.
- Impulsos.<sup>18</sup>

### **2.3. Lenguaje del paciente psiquiátrico:**

El lenguaje de un paciente psiquiátrico es poco comunicativo y no es verídico por lo que al interrogatorio es necesario consultar también con la familia, además el paciente no tendrá confianza evitando el contacto visual mientras se da el dialogo.

El punto más complejo es la entrevista con el paciente. El Psiquiatra debe fijarse en su apariencia, en su forma de hablar, su estado de ánimo, su afecto, su forma de comportarse y su capacidad de juicio. La evaluación se lleva a cabo por medio de una entrevista que resulta tan útil como eficaz para poder obtener la información necesaria. De esta manera, hay puntos clave en los que es necesario hacer énfasis en una entrevista con un paciente psiquiátrico.

#### **2.3.1. Actitud:**

El Psiquiatra debe observar el tipo de actitud que presentan: cooperación, determinación, amabilidad, madurez, seducción,

---

<sup>18</sup> KAPLAN H., SADOCK B., GREBB J. (1991). SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica 7ma edición. Editorial: Medica panamericana. Argentina-Buenos Aires. Pág.286-287-288.

hostilidad, evasión, actitud de defensa o de cautela. Debe evaluar el «contacto visual» que mantiene el paciente.

- Movimientos oculares aberrantes pueden traducir deterioro cognoscitivo o simplemente distracción.
- La evitación de la mirada puede indicar timidez u hostilidad.
- Una mirada examinadora puede revelar suspicacia.

### 2.3.2. Conducta :

Es recomendable observar los movimientos expresivos del paciente, ya que éstos constituyen el complemento fundamental del lenguaje verbal. Estos movimientos residen en partes clave del cuerpo y resulta muy interesante, para hacerse una idea del posible estado del paciente, fijarse en ellos. Los puntos de mayor relevancia en la conducta del paciente son:

- Las manos:

Las manos hablan, afirman o niegan. Revelan deseos, muestran sentimientos, en suma, señalan el estado de ánimo. Así, las manos se convierten en una constante fuente de información y pueden ofrecer datos de gran interés.

- Lenguaje :

El lenguaje del paciente es una ventana a su pensamiento y afectividad. El tono, la monotonía, el volumen de la voz pueden revelar datos sustanciales sobre el afecto del paciente.

- Pensamiento :

El pensamiento se transmite mediante el lenguaje, un pensamiento lento se traduce generalmente en un lenguaje

disperso, lleno de pausas para buscar palabras y con tendencia a la utilización de sustantivos como si el paciente hablara en «estilo telegrama». Un pensamiento excesivamente rápido puede acompañarse de un lenguaje bastante confuso, incluso puede aparecer fuga de ideas. Hay que valorar si el paciente tiene continuidad de ideas, o si ha perdido la capacidad asociativa.

- **Afecto:**

El afecto es la manifestación de las respuestas emocionales del paciente frente a los acontecimientos. Se expresa a través de la postura de los movimientos faciales y del tono de voz. Es momentáneo y observable por el entrevistador.

- **Consciencia :**

Es imprescindible que el Psiquiatra considere el grado de alerta del paciente fijándose si hay:

- Obnubilación.
- Embotamiento.
- Estado fluctuante de la consciencia.<sup>19</sup>

### **3. ROL DE ENFERMERÍA FRENTE A UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO:**

Actualmente, el número de personas que sufre alguna enfermedad mental está creciendo en todo el mundo, así como también se extiende la tendencia hacia una atención en salud mental cada vez más especializada. Por ello los profesionales de enfermería tienen un rol importante en la promoción de la salud de los pacientes y en la

---

<sup>19</sup> GONZALES C. (2004). PACIENTES PSIQUIÁTRICOS. La mejora de la calidad de vida para la atención. Vol. 23 Editorial: Offarm. España – Barcelona. Pág.: 104 – 105 – 109.

recuperación del control de sus vidas. Actuando en cuatro aspectos importantes:

- **Empoderamiento:**

Proceso de aumento de autoestima que es indispensable para que las personas tengan la energía necesaria para desarrollar su salud personal.

- **Emancipación:**

Es la libertad frente al control que ejercen el personal de salud y otras autoridades. Para una persona con una enfermedad mental, conocer y comprender mejor la enfermedad y la situación en la que se encuentra ya que puede contribuir a su autonomía y a una mejora en la autogestión del trastorno.

- **Autoconfianza:**

Creencia de las personas en sus capacidades para realizar la actividad que se propongan o ejercer su influencia en distintos acontecimientos. La autoconfianza determina cómo una persona se siente, piensa, se motiva y se comporta. Las personas con una autoestima alta se plantean las tareas más exigentes como un reto y no como una amenaza a la que evitar y se recuperan más rápidamente de los errores cometidos o de los fracasos.

- **Autogestión:**

Clave para permitir a las personas con una enfermedad mental de larga duración ser capaz de gestionarse a sí mismo y ser independiente en el contexto de la atención y del tratamiento que, tradicionalmente, ha sido totalmente controlado por profesionales médicos.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> <http://somapsy.org/enfermeria-psiquiatrica-promocion-salud/> Extraído: 19/05/17, Hora: 13:31 am, Última actualización:19/09/17

### **3.1. Relación enfermera - paciente:**

Es una relación terapéutica o interacciones mutuas entre la enfermera y el paciente que conduce a la salud y al bienestar.

#### **3.1.1. Prevención primaria:**

Es aquella diseñada para disminuir el porcentaje de aparición de disturbios emocionales en la comunidad, neutralizando las condiciones sociales estresantes o potencialmente peligrosas que pueden llevar a la enfermedad mental, o para intervenir prontamente cuando tales condiciones existen. Por ejemplo la educación y el afecto en la etapa de formación.

#### **3.1.2. Prevención secundaria:**

Se refiere a los programas de prevención secundaria en el campo de la salud mental con el objeto de reducir la prevalencia del trastorno mental, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, facilitando el acceso a los servicios de salud mental.

Una labor que cumple permanentemente es la educativa no solo con el paciente, sino también con la familia y el personal a su cargo, de acuerdo a las necesidades identificadas. La orientación que brinde la enfermera con relación al cuidado, al tratamiento, y a la vinculación a actividades de la vida diaria, son significativas para el paciente, buscando además generar un cambio de actitud hacia la enfermedad mental por parte del mismo paciente como de su familia.

#### **3.1.3. Prevención terciaria:**

Se refiere a las acciones tendientes a reducir los efectos residuales de la enfermedad mental, a promover su rehabilitación y la reubicación en la vida familiar y ocupacional.

La labor de la enfermera no puede terminar cuando el paciente egresa del hospital, debe ir más allá, llegando incluso a la organización de un servicio de seguimiento sistemático al hogar, con el fin de facilitar la reubicación del paciente en su familia y de orientar a ésta en los cuidados que debe brindarle, de manera que responda a las necesidades reales del paciente, confíe en sus capacidades para reanudar sus actividades, lo estimule en sus logros, y ayude a superar los períodos de dificultad. Esta labor puede complementarse con la organización de grupos de familias con problemas similares.<sup>21</sup>

#### 4. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

##### 4.1. Definición:

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad de curso crónico o recurrente caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones, es un trastorno de ansiedad que se manifiesta con pensamientos, temores o preocupaciones irracionales que se intentan superar mediante una actividad ritual. Las imágenes o los pensamientos perturbadores y frecuentes se denominan obsesiones y los rituales repetidos que se llevan a cabo para evitarlos o disiparlos se llaman compulsiones.

**Obsesiones:** Son todos los pensamientos no deseados o intrusos que se van a imponer sobre la mente de la persona llevándolo a actuar en contra de su propia voluntad.

Características fundamentales en las obsesiones:

- El carácter coercitivo, sin posibilidad de control eficaz por parte del sujeto

---

<sup>21</sup> ESGUERRA I. (1991). ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRA. Revista avances en enfermería Vol. IX Editorial: Universidad Santo Tomas. Colombia-Bogotá. Pág.30-34.

- La tendencia a la repetición incesante
- Lo “absurdo” del contenido.
- El carácter insólito y parásito. La persona reconoce estos fenómenos como patológicos y procedentes de sí mismo aunque se oponga a ellos
- La vivencia angustiosa que provocan
- La atmósfera de duda que envuelve a todo “lo obsesivo”

**Compulsiones:** Son acciones determinadas que el individuo va a realizar de manera repetitiva y estricta para poder calmar su obsesión.

En la enfermedad obsesivo compulsiva domina la intrusión persistente de pensamientos, necesidades o acciones no queridas que el paciente es incapaz de detener. Los pensamientos pueden estar constituidos por palabras o ideas simples, por oleadas de pensamientos sin sentido. Las acciones varían desde los movimientos simples hasta los rituales complejos.<sup>22</sup>

## 4.2. Fisiología:

### 4.2.1. Anatomía del cerebro:

#### 4.2.1.1. Estructura cortical o corteza cerebral:

Contiene más del 80% de neuronas del sistema nervioso central, se divide en dos: El hemisferio derecho (percepción, pensamiento inmediato y creación de imágenes) y hemisferio izquierdo (responsable del proceso verbal y de otros procesos cognoscitivos), y a su vez cada hemisferio está dividido en 4 lóbulos: el frontal (capacidad de pensamiento, razonamiento, memoria, relacionarnos y comportarnos), el parietal (sensaciones táctiles, movimiento

---

<sup>22</sup> DEL POZO A. (2008-2009). TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Trastornos de la conducta y de la personalidad. Editorial: Madrid – España. Pag:1-2

y orientación), occipital (controla la visión), y el temporal (memoria visual, auditiva y comprensión del habla).

#### **4.2.1.2. Estructura subcorticales:**

Formado por el cuerpo calloso (trasmite información de un hemisferio a otro), el tálamo (procesa información sensorial a excepción del olfato, sueño y vigilia, atención y regulación de emociones), ganglios basales (control del movimiento y aprendizaje procedimental), amígdala (integración de emociones, gestión del miedo, memoria, conducta sexual y agresividad), hipocampo (generación y recuperación de recuerdos) y cuerpos mamilares (proceso de memoria a largo plazo).

#### **4.2.2. Fisiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo:**

- **Lóbulo Frontal:**

Siendo el lóbulo más grande e importante de los cuatro lóbulos del cerebro, anatómicamente localizada en la parte frontal del cerebro, separada por la fisura central del lóbulo parietal y la fisura lateral del lóbulo temporal.

El lóbulo frontal tiene como funciones:

- Memoria reciente
- Pensamiento creativo
- Pensamiento Abstracto
- Planeación de los movimientos
- Comportamiento
- La resolución de problemas
- Juicio
- Intelecto
- Atención y personalidad.

- **Circunvolución Callosa:**

Se encuentra en la parte secundaria de la corteza cerebral, en la superficie interna del hemisferio cerebral y nace del cíngulo del cuerpo caloso, donde se une con el extremo anterior de la circunvolución perpendicular interna y forma un lobulillo diminuto denominada encrucijada o centro de Broca.<sup>23</sup>

Su función es ayudar a responder rápido ante un estímulo externo que puede provocar la muerte del individuo, controla las emociones como también la actividad cognitiva.

- **Núcleo Caudado:**

Es una estructura subcortical, situada en el interior del encéfalo y uno de los componentes de los ganglios basales, junto con el putamen y el núcleo accumbens conforma el cuerpo estriado.

Situado por encima del tálamo y debajo de la corteza orbitofrontal para posteriormente curvarse hacia el lóbulo occipital, el núcleo caudado se conecta tanto con el resto de ganglios basales como con la corteza frontal y el sistema límbico. Poseemos dos unidades de este núcleo, situándose cada uno en un hemisferio cerebral, a nivel de neurotransmisores el núcleo caudado se ve principalmente influido por la dopamina y el GABA.<sup>24</sup>

Es una parte importante del cerebro ya que permite controlar actividades diferentes como son: control y coordinación de los movimientos, aprendizaje, memoria y motivación.

---

<sup>23</sup> <http://www.esacademic.com/dic.nsf/eswiki/1273368> Extraído: 25/05/17, Hora: 9:18 pm, última actualización: 2010.

<sup>24</sup> <https://psicologiymente.net/neurociencias/nucleo-caudado>, Extraído: 26/05/17 hora: 7:15 am

### 4.3. Etiología:

Aún se desconoce la causa del trastorno obsesivo compulsivo, no obstante, las investigaciones indican que es un trastorno neurológico. Existen unas estructuras del SN relacionadas con este trastorno que son los núcleos de la base y los lóbulos frontales. Las evidencias sugieren que las personas con este trastorno manifiestan un déficit en un neurotransmisor químico que se encuentra en el cerebro llamado serotonina. El trastorno obsesivo compulsivo puede también tener un origen de componente genético. Sin embargo, también puede desarrollarse sin antecedentes familiares del trastorno. Estudios recientes sugieren que las infecciones por estreptococos pueden provocar la aparición del trastorno obsesivo compulsivo o, en ciertos casos, agravarlo.

### 4.4. Fisiopatología:

#### 4.4.1. Teoría Biológica:

Recientemente para estudiar el trastorno obsesivo compulsivo se ha aplicado procedimientos de imágenes del cerebro en funcionamiento.

Los individuos con este grave trastorno de ansiedad sufren de pensamientos intrusivos y atemorizantes: por ejemplo que pudieran contaminarse con veneno y a su vez envenenar a sus seres queridos si los tocan. Para evitar esta consecuencia drástica, se entregan a rituales compulsivos como lavarse frecuentemente para tratar de eliminar, restregándose el veneno imaginado. Un gran número de investigadores han descubierto diferencias curiosas entre los cerebros de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y de otras personas normales.

Aunque el tamaño y la estructura del cerebro son iguales, los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tienen una mayor actividad en la parte del lóbulo frontal de la corteza cerebral llamada superficie orbital. Una mayor actividad también se encuentra presente en la circunvolución callosa y en menor grado en el núcleo caudado, circuito que se extiende la sección orbital del área frontal de la corteza a partes del tálamo. La actividad de estas áreas parece correlacionarse, lo cual significa que si un área está activa también lo están las otras áreas. Estas contienen varias trayectorias de neurotransmisores y una de las más concentradas es la de serotonina.

#### 4.4.2. Teoría Bioquímica:

- **La serotonina:**

La naturaleza exacta de disfunción en el sistema serotoninérgico en el trastorno obsesivo compulsivo todavía no está clara.

Es un neurotransmisor que tiene ver con el estado de ánimo, influye en nuestro comportamiento en particular en la forma que procesamos la información, coordinación de movimientos, en la inhibición y depresión, ayuda también en la regulación de la ingestión de alimentos, conductas agresivas y sexuales.

En los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo hay una deficiencia en los niveles de serotonina por lo que se asocia a una menor inhibición, inestabilidad, impulsividad y una tendencia a reaccionar en exceso a las situaciones.

- **Ácido gammaaminobutírico (gaba):**

Es un neurotransmisor que reduce la actividad postsináptica y a su vez inhibe una amplia variedad de comportamientos (ira, hostilidad, agresión) y emociones, su efecto más conocido es la reducción de la ansiedad.

- **Norepinefrina o Noradrenalina:**

Es un neurotransmisor que está activo en los sistemas, central y periférico, que controlan los latidos cardiacos, la presión sanguínea la respiración entre otras funciones. Debido a su papel de reacción de alarma del cuerpo, contribuye también en general e indirectamente los ataques de pánico y ansiedad, y trastornos del estado de ánimo.<sup>25</sup>

#### 4.4.3. Teoría Genética

Los pacientes que presentan el trastorno obsesivo compulsivo tienen una predisposición genética, que va estar asociada a situaciones de estrés o factores ambientales, las personas que heredan el trastorno obsesivo compulsivo pueden o no tener la misma obsesión o compulsión que de quien la heredo, los síntomas serán diferentes pero pueden facilitar que se aprendan los rituales o miedo a estímulos determinados.

#### 4.4.4. Teoría Psicosocial.

Dentro de esta teoría, se encuentra los factores educativos parentales como el de rigidez e inflexibilidad de los padres a ciertos comportamientos de los niños, según Freud dentro de su perspectiva psicoanalítica menciona que en la etapa anal (niños

---

<sup>25</sup> DURAND M., BARLOW D., GONZALES M., (2007), PSICOPATOLOGIA un enfoque integral de la psicología anormal, 4 ta Edición, Editorial: Thomson Learning, México. Pág.: 51,52,53,54

de dos años que sienten placer sensual al defecar), en la que los padres enseñan a los hijos a controlar sus esfínteres, si los padres son muy rígidos con los hijos estos se sentirán mal, sucios o culpables de lo que hicieron, provocando mecanismos de defensa que terminaran dando origen a los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo.

#### 4.5. Epidemiología:

La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en la población general se aproxima al 3%. Se calcula que en el mundo más de 100 millones de personas lo padecen, en América Latina y el Caribe ocupa el cuarto lugar con un 1.4% de prevalencia, y el 2% de la población peruana sufre de este trastorno.<sup>26</sup>

El trastorno obsesivo compulsivo suele aparecer en la adolescencia o a principios de la edad adulta. La edad de aparición suele ser más temprana en varones (rango: 6 a 15 años) que en mujeres (rango: 20 a 29). La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo es más alta en niños que en niñas (2:1)<sup>27</sup>

#### 4.6. Tipos:

Dentro de los tipos del trastorno obsesivo compulsivo, vamos a clasificarlos según las obsesiones y las compulsiones:

##### 4.6.1. Tipos de Obsesiones:

- **Obsesión de contaminación:**

Son las preocupaciones o temores por la suciedad, contaminantes, secreciones corporales de ellos mismos o de

---

<sup>26</sup> <http://www.asociacionTOCas.es/TOC1.html> Extraído: 01/06/2017 Hora: 12.06 pm. Última actualización Junio 2017

<sup>27</sup> [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/proTOColo\\_TOC.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/proTOColo_TOC.pdf) Extraído: 01/06/17, Hora: 1:15 pm, última actualización: 27/06/2014.

otras personas evitando cualquier tipo de contacto. La obsesión se presenta por el miedo de contaminación lo que los lleva a dedicar una gran cantidad de tiempo limpiando, su preocupación principal es contagiar a su familia o a ellos mismos de adquirir alguna enfermedad provocada por esta.

- **Obsesión de verificación:**

Son las preocupaciones que van a llevar a la persona a que se origine una duda o un temor irracional, esta obsesión lleva a la persona a que tenga una necesidad excesiva de comprobar las cosas para evitar que ocurra una catástrofe o un accidente.

- **Obsesión agresiva:**

Son pensamientos que ellos tienen de ser responsables de provocar un daño hacia otras personas o a ellos mismos, llevándolo a tener una necesidad excesiva de solucionar o evitar un accidente.

- **Obsesión Sexual:**

Son las imágenes o pensamientos que las personas tienen como tener relaciones sexuales con niños, miembros de su familia, animales o violaciones.

- **Obsesión de Acumulación**

Es la obsesión que tienen las personas de acumular cosas que ellos creen que les va servir más adelante, llegando a un extremo de llenar las habitaciones de cosas sin ningún valor, y cuando pierden uno de estos objetos sufren de una manera excesiva.

- **Obsesión de Simetría y perfección:**

Su obsesión los lleva a que todo esté en el lugar exacto, simétrico y uniforme, va a estar dominado por sus pensamientos llevándolo a ser autoexigente por cosas insignificantes o mínimos detalles. Cuando las cosas no están en su lugar o no les sale de una manera perfecta lo vuelven a realizar una y otra vez hasta que se sientan tranquilos.

- **Obsesión de Religiosidad:**

Esta obsesión se da en aquellas personas que tienen valores filosóficos, creencias y pensamientos sobre su religión y van a ser más recurrentes en sus pensamientos, sintiendo que serán castigados o juzgados por Dios porque piensan que realizan actos pecaminosos, blasfémicos y que si no hacen lo correcto van a caer en pecado.

#### 4.6.2. Tipos de compulsiones:

- **Compulsiones de lavado:**

Son todos los rituales de limpieza que va realizar de forma repetitiva esta acción hasta que se sienta limpia la persona o su entorno, estos rituales son:

- ❖ Lavado de manos excesivo.
- ❖ Limpieza del hogar excesivamente.
- ❖ Temor a Tocar las cosas públicas (el uso de un pañuelo evitando el contacto).
- ❖ Lavado de dientes excesivo.
- ❖ Evitan el uso del transporte público (miedo a contaminación de los pasamanos) o lugares públicos (baños, restaurantes, etc.)

- ❖ Evitan pasar hospitales por miedo a contaminarse.

- **Compulsiones de comprobación:**

Son los actos de comprobar varias veces, por ejemplo: Todos los aparatos eléctricos si se encuentran en su lugar correcto por miedo a que alguien entre a su casa.

- ❖ Si quedo bien cerrada las ventanas o puertas de su casa
- ❖ Si cerró bien la llave del gas o del agua.

- **Compulsiones acumulación:**

Son todos los rituales de acumular las cosas dentro de su hogar, por ejemplo:

- ❖ Acumular libros, revistas, cuadernos.
- ❖ Acumular ropa.
- ❖ Acumular cosas de escritorio.

- **Compulsiones de orden:**

Son personas que van a tener sus cosas en el mismo lugar y orden como pueden ser:

- ❖ Ordenar su cuarto varias horas hasta que esté limpio.
- ❖ Ordenar la ropa en un mismo sentido y por colores.
- ❖ Ordenar los envases por tamaño, etc.

- **Compulsiones de repetición:**

La persona se ve en la necesidad de realizar una acción para poder hacerla de una manera correcta, por ejemplo:

- ❖ Repetir números pares
- ❖ Realizar acciones para que no pasen cosas

desagradables como son: morder objetos, rezar, tocar, etc.<sup>28</sup>

- **Compulsiones de Religiosidad:**

- ❖ No tengo la cantidad adecuada de fe.
- ❖ Dios me ve y me va castigar si no lo realizo.
- ❖ Siento que no estoy rezando lo suficiente.
- ❖ Me tengo que persignar 5 veces cada vez que paso por una iglesia.
- ❖ Dije una mentira, me va a castigar Dios.

#### 4.7. Síntomas:

En las personas que sufren este trastorno van a presentar una diversidad de síntomas de acuerdo a su obsesión, y se van a dividir en dos tipos: Cognitivos y Motor.

##### 4.7.1. Cognitivos:

Estos síntomas se dividen en tres:

- **Obsesiones:**

Son todos los pensamientos recurrentes que van a estar presentes de forma involuntaria en la conciencia de la persona.

- **Cavilaciones:**

Preocupaciones que van a estar presentes en la mente de la persona como de amenaza o duda.

---

<sup>28</sup> CÍA A. (1995) Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados, Editorial: El Ateneo, Argentina -Buenos Aires. Página 42-43-47-50.

- **Rituales cognitivos:**

Son las acciones que la persona tiene que realizar de forma obligatoria.

#### 4.7.2. Motor:

Estos síntomas se van a dividir en dos:

- **Rituales compulsivos motrices:**

Son todas aquellas personas que van a tomar un excesivo tiempo en realizar algún tipo de acción (Higiene, comer, vestirse, etc.)

- **Evitaciones compulsivas:** Son acciones que va realizar reemplazando a los actos que pensó realizar en primera opción, esto va provocar en la persona un aumento en su ansiedad.<sup>29</sup>

#### 4.8. Diagnóstico:

El profesional de la salud mental es quien diagnostica los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes a partir de una evaluación psiquiátrica completa. Los padres que advierten síntomas de ansiedad grave o conductas excesivas o compulsivas en sus hijos pueden ayudar a acelerar una evaluación y un tratamiento precoz, decisión clave para reducir la aparición e incidencia de problemas en el futuro. Para que pueda realizarse un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, las obsesiones y compulsiones deben ser suficientemente dominantes, graves y molestas como para que las actividades diarias del niño o adolescente se vean afectadas de manera negativa. En la mayoría de los casos, las actividades

---

<sup>29</sup> BUTCHER N. J., MINEKA S., HOOLEY J. M. (2007) Psicología clínica 12ava edición. Editorial: Pearson educación S.A, Madrid- España. Pág. 201.

propias del trastorno (por ejemplo, lavarse las manos o controlar las cerraduras de las puertas) consumen más de una hora diaria y provocan angustia psicológica y un rendimiento mental reducido. Los adultos perciben que estas conductas no son normales, sin embargo, los niños no cuentan con la capacidad crítica para juzgar este tipo de conducta como irracional o anormal.

Para diagnosticar el trastorno obsesivo compulsivo a una persona, se debe tener en cuenta la Entrevista y Cuestionario los cuales son un proceso de evaluación.

#### **4.8.1. Entrevista:**

Es el proceso con el objetivo de identificar las obsesiones y rituales, realizar una adecuada evaluación de acuerdo a su estado funcional e histórico del paciente para poder obtener información de él. Cuando el médico realiza la entrevista, puede tomar tiempo ya que el paciente va a empezar a responder de manera detallada y específica, por lo que se recomienda preguntar cosas puntuales.

#### **4.8.2. Cuestionarios:**

Luego de la entrevista se realizara una serie de preguntas referentes a los criterios del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud), o también siguiendo los criterios de diagnóstico del DSM – IV, estas preguntas son sobre los pensamientos obsesivos o los rituales que realiza, y a su vez si presenta ambos. (Pensamientos y rituales).

#### **4.9. Tratamiento:**

El tratamiento se va dividir en dos partes, pero es de acuerdo a la intensidad del trastorno que la persona presenta.

#### 4.9.1. Tratamiento cognitivo-conductual

- **Aspectos psico-educativos:**

Es importante que el paciente y la familia estén bien informados y conozcan a fondo las características del trastorno y su tratamiento. Esto mejorará los resultados del tratamiento y favorecerá el control de la enfermedad. Resulta de utilidad la lectura sobre el tema, solicitar información al terapeuta, considerar la posibilidad de vincularse a asociaciones de pacientes, etc. Al inicio del tratamiento son aconsejables visitas semanales para poder desarrollar un plan terapéutico, monitorizar síntomas, dosis de medicación, efectos secundarios, etc. A medida que se produce la mejoría, la frecuencia se puede disminuir. Tras la remisión, puede ser suficiente con visitas anuales.<sup>30</sup>

- **Psicoterapia:**

La psicoterapia está destinada a facilitar la asunción de la conciencia del problema y los recursos para controlar los síntomas básicos del trastorno: obsesiones y compulsiones.

- ❖ **Exposición:**

Se basa en el hecho de que la ansiedad disminuye cuando el sujeto se somete a un contacto suficientemente prolongado con el estímulo temido. El objetivo es conseguir la reducción del malestar asociado al estímulo mediante la habituación al mismo. Las personas con obsesiones de

---

<sup>30</sup> <https://mariaamarillo.files.wordpress.com/2009/02/trastorno-obsesivo-compulsivo.pdf>  
Extraído: 19/05/17, Hora: 17:47, Última actualización:22/06/16

contaminación se les pide que estén en contacto con objetos "infectados" (p.ej. dinero) hasta que su ansiedad se extinga.

El tratamiento consiste en exponer a la persona entre 45 a 120 minutos de acuerdo al tipo de obsesión que presente y evitar que realice cualquier tipo de ritual o compulsión durante el tiempo que dure el tratamiento, además en este periodo se le debe enseñar a la persona a que pueda manejar su obsesión y compulsión de una manera sana sin tener que realizar rituales.

#### ❖ **Prevención de respuesta:**

Técnica necesaria para que la exposición resulte eficaz. Consiste en mantener a los pacientes ante el estímulo temido (p.ej., suciedad) sin que se laven las manos excesivamente, o tolerando la duda (¿está cerrado el gas?) sin que puedan comprobar en exceso.<sup>31</sup>

#### **4.9.2. Tratamiento farmacológico:**

Las diferentes investigaciones indican que el único tratamiento farmacológico eficaz del trastorno obsesivo compulsivo son los inhibidores de la recaptación de serotonina (IRS), fármacos que aumentan la concentración de serotonina a nivel cerebral. Los fármacos utilizados con más frecuencia son: clomipramina, fluvoxamina, fluoxetina, y sertralina. La clomipramina es un IRS no selectivo ya que afecta a otros neurotransmisores, además de la serotonina.

---

<sup>31</sup> BUELA G. (2004). MANUAL DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS 2da Edición, Editorial: Biblioteca nueva S.L., Madrid. Pág.: 223-224.

Al resto se les llama selectivos (ISRS) porque afectan primariamente solo a la serotonina.

Las dosis diarias en la mayoría de investigaciones en que estos compuestos fueron efectivos han sido de 200-250 mg de clomipramina y 60-80 mg de fluoxetina. La mejor estrategia es comenzar con dosis bajas (25 mg de clomipramina o 25 mg de fluoxetina) e incrementar a una dosis terapéutica de forma gradual durante dos o tres semanas, controlando los efectos secundarios. La respuesta máxima al tratamiento aparece entre la sexta y decima semana de haberlo comenzado. Cuando se abandona este suele haber recaídas.

#### **4.9.3. Efectos adversos en el tratamiento:**

Los ISRS presentan efectos secundarios similares; los más frecuentes son:

- Inquietud
- Nerviosismo
- Insomnio
- Náuseas
- Diarrea.

Los efectos colaterales más comunes de la clomipramina son:

- Sequedad de boca
- Sedación
- Mareos
- Aumento de peso
- Puede ocasionar además problemas con la presión sanguínea y alteraciones del ritmo cardiaco.

- Disfunción sexual.

Hay que tener en cuenta que muchos de estos efectos dependen de la dosis y duración del tratamiento, resultando aconsejable empezar con dosis bajas y aumentar gradualmente. Por otra parte, es importante que la supresión del tratamiento se realice de forma gradual para evitar recaídas.<sup>32</sup>

#### **4.10.ROL DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

##### **4.10.1. Valoración:**

Es importante que el personal de enfermería conozca y aprenda sobre este trastorno y así poder brindar la ayuda necesaria que el paciente necesita.

Es necesario que durante nuestra valoración se busquen signos y síntomas de ansiedad y depresión, además de las necesidades básicas de las cuales no pueda satisfacer con normalidad como son las de alimentación, eliminación, reposo y sueño, higiene y vestimenta.

Identificar las causas posibles del estrés y ansiedad, observando el tipo y la frecuencia de pensamientos obsesivos y las conductas o rituales

Evaluar en el paciente si intenta resistirse a los pensamientos y a las conductas repetitivas, examinando la posible aparición de conductas agresivas y apreciando las relaciones familiares y sociales.

---

<sup>32</sup> Op. Cit "TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO". Pág.14-15, Extraído: 19/05/2017. Hora:18:18 pm

#### **4.10.2. Intervenciones:**

El cuidado de enfermería es dar a conocer al paciente que se conoce su comportamiento brindándole una ayuda para que explore ese comportamiento, mostrar empatía para generar la confianza necesaria, estableciendo una relación y comunicación positiva sabiendo llegar al paciente, no involucrarse en sus compulsiones y obsesiones ya que podríamos reforzar esa conducta, crear un entorno seguro, restringir o limitar sus rituales que resulten ser peligrosas sin imponerle de una sola vez ya que podría aumentar su ansiedad, animar al paciente a que participe en actividades recreativas proporcionando tareas simples como (barrer, ayudar en la cocina, etc.), reforzar el autoestima del paciente dándole aliento en las diferentes situaciones, apoyar en el cumplimiento del tratamiento para así evitar las recaídas, colaboración y participación de la familia.

#### **4.11. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES MENTALES**

##### **4.11.1. Esquizofrenia:**

Es una enfermedad mental crónica, incapacitante, donde la persona no sabe diferenciar entre lo real y lo que no existe, afectando la capacidad de pensar, actuar y sentir.

Las personas diagnosticadas con esquizofrenia presentan también una distorsión en el comportamiento, en el lenguaje, donde van a decir cosas sin sentido, escuchan voces, alteración en la voluntad, pérdida de interés hacia las cosas, pueden estar en una misma posición por largas horas, delirios, alucinaciones, entre otros.

Esta enfermedad no solo va afectar a la persona sino también a la familia y comunidad, porque el paciente va perder toda capacidad para desarrollarse como persona, no va presentar un aporte a la sociedad.

#### **4.11.2. Ansiedad:**

La ansiedad está relacionada a un estímulo o circunstancias de amenaza o peligro llevando a la persona a sentir miedo, esto va actuar como una alarma para poder evitar esa amenaza, sintiendo un miedo patológico que apenas puede o no controlarlo.

Teniendo como síntomas: Mareos, Insomnio, llanto, opresión en el pecho, taquicardia, respiración entrecortada, diarrea, temblor, etc.

#### **4.11.3. Depresión:**

Es un trastorno afectivo, que al igual que la esquizofrenia va incapacitar a la persona, que va presentar sentimientos de tristeza, apatía, frustración o infelicidad que van a estar presentes por largos periodos de semanas o meses.

Muchas veces las personas que sufren de este trastorno, no van a buscar ayuda, piensan que sus problemas no tienen solución y que la única solución es la muerte llevándolos así al suicidio.

#### **4.11.4. Alzheimer:**

Es una patología neurodegenerativa que se va a presentar en el adulto mayor, pero también se puede presentar en la adultez, teniendo cambios en los tejidos

de algunas partes de su cerebro alterando la sustancia llamada acetilcolina, que es vital para el funcionamiento cerebral, estas personas experimentan la pérdida de la memoria a largo y corto plazo afectando su actividad diaria y la habilidad para poder recordar fechas, nombres y personas que eran importantes para ellos.

#### **4.11.5. Alcoholismo:**

Es una enfermedad que puede ser aguda o crónica formando una dependencia de alcohol, alterando los circuitos cerebrales provocando un déficit de atención y velocidad del procesamiento de información.

Causada por 4 aspectos importantes, Primero una ansiedad provocada por la necesidad de tomar alcohol, segundo la Incapacidad para poder dejar de consumir alcohol, tercero la dependencia física aquí se va observar los síntomas de la abstinencia y por última la tolerancia que es la necesidad de aumentar las cantidades de alcohol, ya que si disminuye el consumo no van a tener el mismo efecto que antes.

## **7. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:**

Después de haber realizado una amplia investigación a nivel Local, Nacional e Internacional solo se encontró esta investigación.

### **7.1. INTERNACIONAL**

❖ **Autor:** María Jesús Jiménez

**Lugar:** Andalucía – España

**Año:** 2009-2010

**Título:** Estilos Educativos Parentales y su implicación en diferentes trastornos

**Conclusiones:** Modificar los Estilos Educativos Parentales de los padres que acuden a terapia en busca de soluciones es, muchas veces, una tarea más que complicada, puesto que son creencias y conductas tremendamente arraigadas, que se han ido transmitiendo generacionalmente. Para los padres, la manera en la que educan a sus hijos suele ser si no la mejor o, cuanto menos, “lo normal”, No obstante, no debemos cejar en nuestro empeño y aunque esta transformación sea difícil, podemos enseñar a los padres que lograrán cambios más rápidos y efectivos, así como mayores dosis de felicidad y tranquilidad tanto para ellos como para sus hijos, ajustándose en la medida de lo posible a un estilo democrático, teniendo en cuenta cuatro factores clave: afecto , comunicación ,límites y el tiempo.

## 8. HIPÓTESIS:

Dado que la familia tiene una poderosa influencia en la salud mental de los individuos.

Es probable que los factores familiares inadecuados, autoritarios, coercitivos y permisivos puedan desencadenar el trastorno obsesivo compulsivo en pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO:

##### 1.1. TÉCNICA:

La técnica usada en el presente estudio es la Observación documental.

##### 1.2. INSTRUMENTO:

Como instrumento se utilizó la ficha de observación documental del cual se obtuvo y extrajo los datos necesarios de la Historia Clínica, el cual consta de antecedentes familiares y del trastorno obsesivo compulsivo.

## **2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN:**

### **2.1. Ubicación geográfica:**

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi centro piloto de salud mental a nivel del sur, donde se brinda servicios de consulta externa, de Hospitalización y programa de salud pública ubicado en el distrito de Cerro Colorado en la Av. Pumacahua S/N.

### **2.2. Ubicación temporal:**

El estudio de investigación se realizó entre los meses de Septiembre – Julio siendo coyuntural para el 2017.

### **2.3. Unidades de estudio:**

Las unidades de estudio fueron los pacientes atendidos en consultorios externos con un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo en los años 2014-2016.

#### **2.3.1. Universo:**

El universo del estudio estuvo constituido por 53 pacientes, 19 mujeres y 34 varones diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo entre los años 2014-2016

#### **2.3.2. Muestra:**

Siendo un universo pequeño, se trabajó con la totalidad, previa aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

La muestra quedó conformada por 41 pacientes, 16 mujeres y 25 varones diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo en los años del 2014 al 2016.

### **2.3.3. Criterios de inclusión:**

- Historias clínicas de pacientes Mujeres y Varones
- Historias clínicas de pacientes con el diagnóstico médico de trastorno obsesivo compulsivo
- Historias clínicas de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo entre edades de 20 a 50 años
- Historias clínicas con todos los datos requeridos de la familia del paciente.

### **2.3.4. Criterios de Exclusión:**

- Historias clínicas de pacientes menores de 20 años y mayores de 50 años de edad.
- Historias clínicas que falten datos de la familia del paciente.

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS:**

### **3.1. Organización:**

- Se realizó la respectiva coordinación con el Decanato de la Facultad de Enfermería previa presentación del dictamen aprobado para que se nos otorgue la carta de presentación para la ejecución del proyecto de investigación
- Se coordinó con el Médico Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi Dr. José Alvarado Aco y el Lic. José Luis Zúñiga Flores, Jefe de enfermeros del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Para la autorización y para la recolección de datos extraídos de las Historias Clínicas de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo

- Se coordinó con las enfermeras de consulta externa para que nos facilite la aplicación del instrumento y recolección de datos.
- Se realizó la recolección de datos durante el mes de mayo del 2017 en un Horario de 8:00 am a 1:00 pm.

#### **4. RECURSOS**

##### **4.1. Recursos humanos:**

- **Investigadores:**
  - ❖ Rosa Adelaida Chocano Barrios
  - ❖ Bryan Alvaro Olave Espinoza

##### **4.2. Recursos físicos:**

- Ambientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

##### **4.3. Recursos materiales:**

- Historia Clínica
- Ficha estructurada
- Materiales de Escritorio
- Material bibliográfico e Internet
- Laptop ASUS X556U con sistema operativo Windows 10
- Impresora HP Photosmart C400

##### **4.4. Recursos económicos:**

- El presupuesto fue autofinanciado por los investigadores.

##### **4.5. Recursos institucionales:**

- Universidad Católica de Santa María, Facultad de Enfermería.
- Centro de Salud Mental Moisés Heresi.

#### 4.6. TIPO DE PROCESAMIENTO: Computarizado

- Se realizó la tabulación manual de los datos para luego poder realizar la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2013.

#### 4.7. CLASIFICACIÓN:

- Se clasificaron los resultados de mayor a menor predominio de los factores familiares para poder interpretar cual es el principal factor que desencadene el trastorno obsesivo compulsivo.





**CAPÍTULO III**  
**RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

**TABLA N°. 1**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN GÉNERO Y EDAD. CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.**

Edad	Género	Masculino		Femenino		TOTAL	
		N°.	%	N°.	%		
20-25 años		10	24.4	3	7.3	13	<b>31.7</b>
26-30 años		5	12.2	4	9.8	9	22.0
31-35 años		5	12.2	1	2.4	3	14.6
36-40 años		2	4.9	5	12.2	7	17.1
41-45 años		1	2.4	2	4.9	3	<b>7.3</b>
46-50 años		2	4.9	1	2.4	3	<b>7.3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>61.0</b>	<b>16</b>	<b>39.0</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$(X^2 = 6.85)$        $(P > 0.05)$ .

En la tabla se observa que el 61.0% de los pacientes diagnosticados con Trastorno Obsesivo Compulsivo son de género masculino, mientras que el 39.0% son de género femenino, de ellos el 31.7% de los pacientes están entre las edades de 20 a 25 años, mientras que el 7.3% están entre las edades de 41 a 45 años y de 46 a 50 años respectivamente.

De lo que se deduce que cerca de la mayoría de pacientes son del género masculino y de ellos más de la cuarta parte de pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo tienen edades de 20 a 25 años.

Según la prueba del chi cuadrado ( $X^2 = 6.85$ ) muestran que el género y la edad no presentaron relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

**TABLA N° 2**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN ESTADO CONYUGAL. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.**

<b>ESTADO CONYUGAL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltero	35	85.4
Casado	3	7.3
Conviviente	2	4.9
Divorciado	1	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

La tabla N° 2 muestra que el 85.4% de los pacientes son solteros, mientras que el 2.4% son divorciados.

Deduciendo que más de las tres cuartas partes de los pacientes tienen estado conyugal de Soltero.

**TABLA N° 3**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO.  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2017.**

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alto	7	17.1
Medio	31	75.6
Bajo	3	7.3
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

Según el nivel socioeconómico se observa que el 75.6% de los pacientes tienen un nivel socioeconómico medio, mientras que el 7.3% de los pacientes tienen un nivel socioeconómico bajo.

Lo que puede deducir que la mayoría de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tiene un nivel socioeconómico medio.

TABLA N°. 4

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	2	4.8
Secundaria	20	<b>48.8</b>
Técnico	4	9.7
Superior	15	36.6
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

Al revisar las historias clínicas la situación actual de los pacientes de acuerdo al grado de instrucción que tienen muestra que el 48.8% de los pacientes tienen instrucción secundaria, mientras que el 4.8% tienen instrucción primaria.

Lo que se deduce que casi la mitad de los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo tiene un grado de instrucción secundaria.

TABLA N°. 5

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN LOS ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y EL  
TIPO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI,  
AREQUIPA 2017**

Estilos Educativos Parentales	Democrático		Autoritario		Permisivo		Indiferente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Tipo de Familia</b>										
F. Nuclear	13	31.7	6	14.6	7	17.1	8	19.5	34	<b>82.9</b>
F. Monoparental	0	0.0	1	2.4	0	0.0	0	0.0	1	2.4
F. Ampliada	0	0.0	0	0.0	1	2.4	2	4.9	3	7.3
F. Extensa	0	0.0	0	<b>0.0</b>	0	0.0	3	7.3	3	7.3
TOTAL	13	31.7	7	<b>17.1</b>	8	<b>19.5</b>	13	<b>31.7</b>	41	100

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$$X^2=15.43$$

$$P>0.05$$

Al extraer los datos de las historias clínicas, la tabla muestra que el 68.3% (acumulado) tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, el 31.7% tuvieron un estilo educativo parental democrático, además el 82.9% de los pacientes tuvieron una familia nuclear antes que presente este trastorno, mientras que el 2.4% tuvieron una familia monoparental y aun dentro de este tipo de familia ideal (nuclear) se resalta que el 51.2% (acumulado) de los pacientes tuvieron un estilo educativo parental inadecuado.

Deduciendo que casi la mayoría de los pacientes tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, más de las tres cuartas partes de los pacientes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo tuvieron el tipo de familia nuclear, y de ellos más de la mitad tuvieron un estilo educativo parental inadecuado.

Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2 15.43$ ) muestra que los estilos educativos parentales y el tipo de familia no presentaron relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).



**TABLA N°. 6**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN DINAMICA FAMILIAR. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2017.**

<b>DINAMICA FAMILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy estrecha	16	39.0
Muy estrecha pero conflictiva	11	26.8
Conflictiva	8	<b>19.5</b>
Cercana	1	<b>2.4</b>
Quiebre	3	<b>7.3</b>
Distante	2	<b>4.9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

La dinámica familiar entre las etapas de vida del paciente antes que se desencadene el trastorno obsesivo compulsivo muestra que el 39.0% de los pacientes tuvieron una dinámica familiar muy estrecha, mientras que el 34.1% (acumulado) no tuvieron una dinámica familiar buena.

Se deduce que más de la cuarta parte de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tuvieron una dinámica familiar muy estrecha.

TABLA N°. 7

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL MALTRATO INFANTIL Y EL ESTILO DE  
COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.**

Maltrato Infantil \ Estilo de Comunicación	Si		No		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%		
E. Agresivo	12	<b>29.3</b>	0	0.0	12	29.3
E. Asertivo	0	0.0	16	<b>39.0</b>	16	39.0
E. Pasivo	6	<b>14.6</b>	7	17.1	13	31.7
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>43.9</b>	<b>23</b>	<b>56.1</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$$X^2=27.88$$

$$P<0.05$$

En la tabla se observa que 56.1% de los pacientes no presentaron maltrato infantil antes de desencadenar el trastorno obsesivo compulsivo. El 61% de los pacientes tuvieron un estilo de comunicación negativa, de ellos 43.9% (acumulado) si tuvieron maltrato infantil y tienen un estilo de comunicación negativa y el 39.0 % no tuvieron maltrato infantil y tienen un estilo de comunicación asertiva.

De lo que se deduce que más de la mitad de los pacientes no presentaron maltrato infantil antes de desencadenar el trastorno obsesivo compulsivo y cerca de la mitad de los pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi que si sufrieron de maltrato infantil y tenían un estilo de comunicación negativa.

Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=27.88$ ) muestra que el maltrato infantil y el estilo de comunicación dentro de la familia presentaron relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).



GRAFICO N°. 7

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL MALTRATO INFANTIL Y EL ESTILO DE  
COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISÉS HERESI, AREQUIPA 2017.**

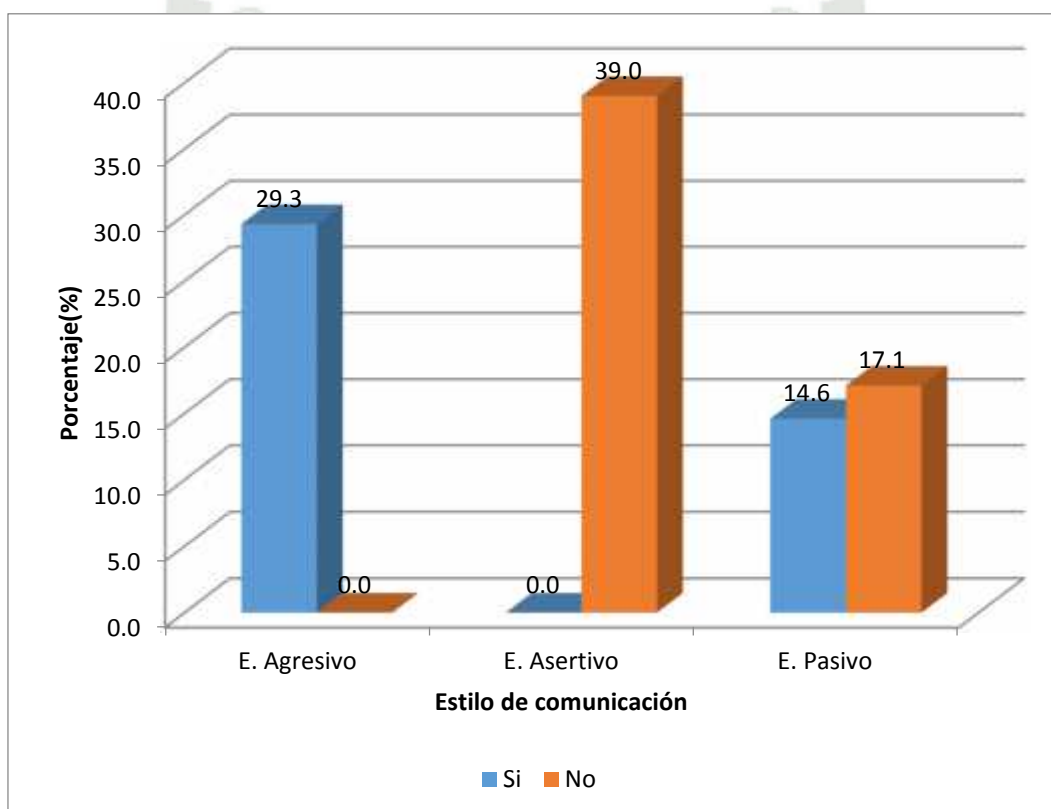


TABLA N°. 8

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN ANTECEDENTES FAMILIARES DE  
ENFERMEDADES MENTALES. CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI,  
AREQUIPA 2017.**

<b>ANTECEDENTES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Trastorno obsesivo compulsivo	2	4.9
Esquizofrenia	2	4.9
Ansiedad	1	2.4
Depresión	1	2.4
Alzheimer	1	2.4
Alcoholismo	4	9.8
No tiene	30	<b>73.2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

De acuerdo a los antecedentes familiares, podemos observar que el 73.2% de los pacientes no tuvieron un antecedente familiar de enfermedad mental, mientras que el 26.8% si tuvieron algún antecedente familiar de enfermedad mental.

Se deduce que la mayoría de los pacientes no tuvieron antecedentes familiares de enfermedades mentales.

**TABLA N°. 9**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL DE LA FAMILIA Y LA  
EDAD DE INICIO DE SINTOMAS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS  
HERESI, AREQUIPA 2017.**

Estado Funcional  Edad de Inicio	Normofuncionante		Disfunción Leve		Disfunción Grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%		
5-10 años	3	7.3	3	7.3	2	4.9	8	19.5
11-20 años	10	<b>24.4</b>	5	<b>12.2</b>	5	<b>12.2</b>	20	<b>48.8</b>
21-30 años	5	12.2	3	7.3	1	2.4	9	22.0
31-40 años	1	2.4	1	2.4	1	2.4	3	7.3
41-50 años	0	0.0	1	2.4	0	0.0	1	<b>2.4</b>
<b>TOTAL</b>	19	46.3	13	31.7	9	22.0	41	100

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$$X^2=3.77 \quad P>0.05$$

En la tabla podemos observar que un 48.8% tuvieron una edad de inicio de trastorno obsesivo compulsivo entre las edades de 11 a 20 años, el 2.4% tuvieron una edad de inicio entre las edades de 41-50 años, además el 53.7% (acumulado) tuvieron algún tipo de estado de disfunción en su familia. El 46.3% tuvieron un estado funcional familiar adecuado, de ellos el 24.4% tuvieron un estado funcional normal entre los 11 y 20 años y algún tipo de disfunción en la familia respectivamente.

Deduciendo que cerca de la mitad de los pacientes tuvieron una edad de inicio entre los 11 y 20, más de la mitad tuvieron algún tipo de disfunción familiar, y cerca de la cuarta parte tuvieron algún tipo de disfunción familiar entre las edades de inicio entre los 11 y 20 años.

La tabla muestra que según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=3.77$ ) el estado funcional y la edad de inicio no presentaron relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).



GRAFICO N°. 9

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL ESTADO FUNCIONAL DE LA FAMILIA Y LA  
EDAD DE INICIO DE SINTOMAS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS  
HERESI, AREQUIPA 2017.**

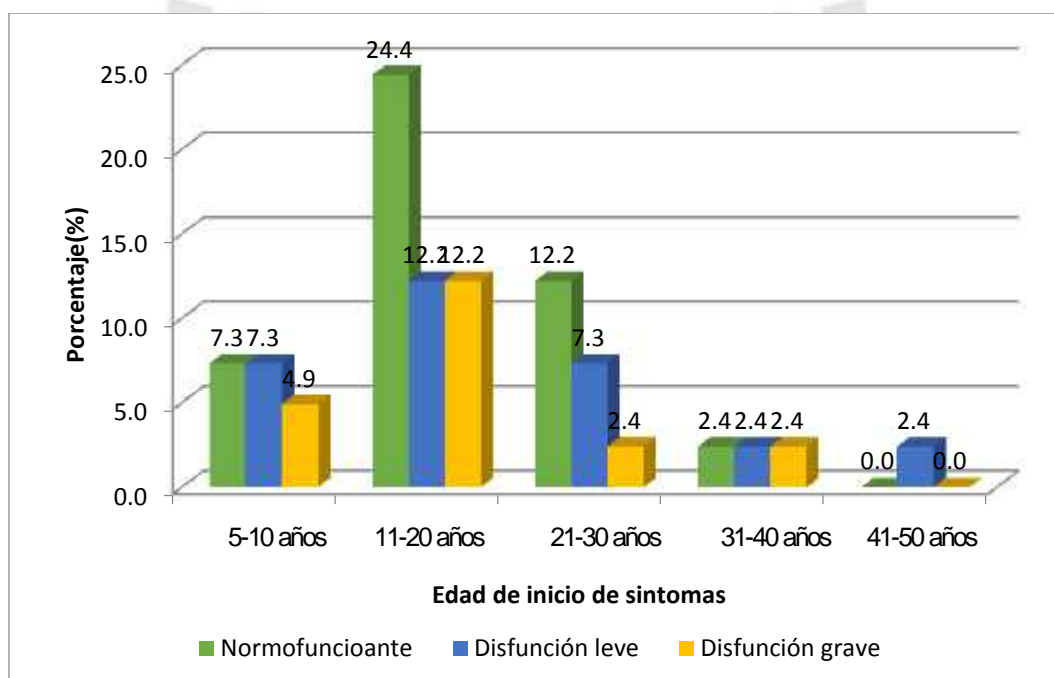


TABLA N°. 10

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL ESTILO DE COMUNICACIÓN Y LA EDAD DE  
INICIO DE SINTOMAS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI,  
AREQUIPA 2017.**

Estilo de Comunicación  Edad de inicio	Agresivo		Asertivo		Pasivo		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%		
5-10 años	3	7.3	3	7.3	2	4.9	8	19.5
11-20 años	7	17.1	7	17.1	6	14.6	20	48.8
21-30 años	1	2.4	5	12.2	3	7.3	9	22.0
31-40 años	1	2.4	1	2.4	1	2.4	3	7.3
41-50 años	0	0.0	0	0.0	1	2.4	1	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>29.3</b>	<b>16</b>	<b>39.0</b>	<b>13</b>	<b>31.7</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$X^2=4.47$        $P>0.05$

La tabla muestra que el 61% (acumulado) tuvieron un estilo de comunicación familiar negativa, el 39% tuvieron un estilo de comunicación asertivo, además el 48.8% tuvieron una edad de inicio entre las edades de 11-20 años, de ellos el 31.7% tuvieron un estilo de comunicación negativa, y el 17.1% tuvieron un estilo de comunicación asertiva.

De lo que se deduce que cerca de la mayoría tuvieron un estilo de comunicación negativa, cerca de la mitad esta entre las edades de 11 a 20 años; de ellos más de la cuarta parte tuvieron un estilo de comunicación negativa.

En donde según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=4.47$ ) muestra que el estilo de comunicación y la edad de inicio de síntomas no presentaron relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).



**GRAFICO N°. 10**

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN EL ESTILO DE COMUNICACIÓN Y LA EDAD DE  
INICIO DE SINTOMAS. CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI,  
AREQUIPA 2017.**

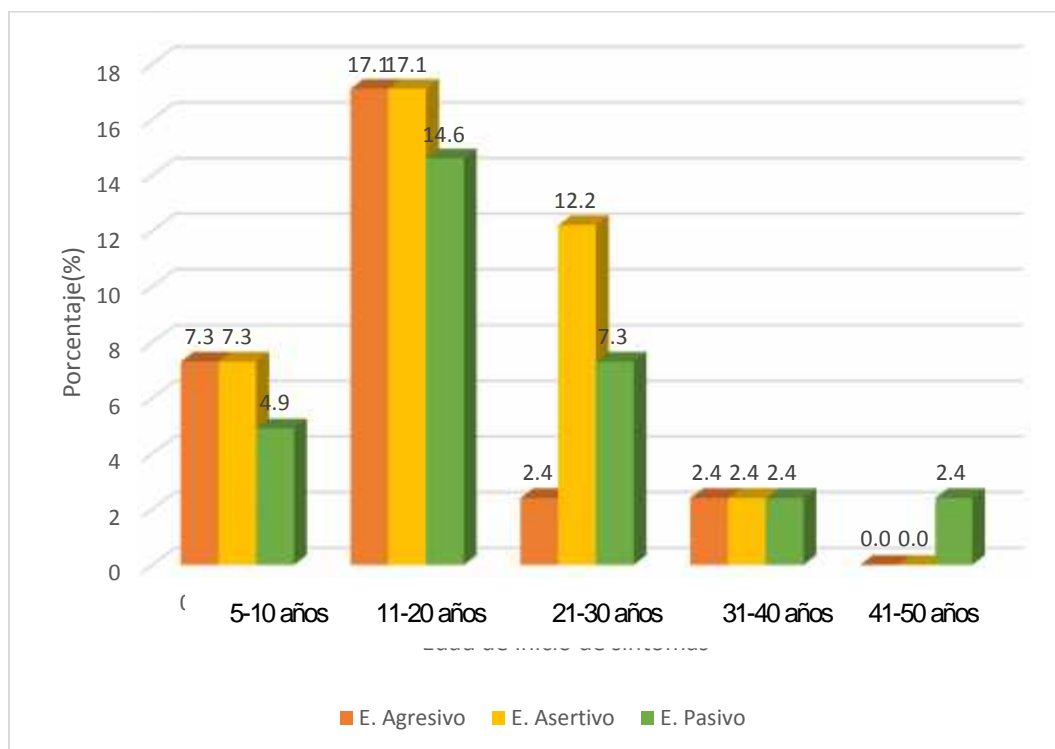


TABLA N° 11

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN LOS FACTORES EDUCATIVOS  
PARENTALES Y LA EDAD DE INICIO DE SINTOMAS.  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI,  
AREQUIPA 2017**

Factores Educativos	Democrático		Autoritario		Permisivo		Indiferente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Edad de inicio										
5-10 años	2	4.9	0	0.0	2	4.9	4	9.8	8	19.5
11-20 años	6	<b>14.6</b>	4	<b>9.8</b>	5	<b>12.2</b>	5	<b>12.2</b>	20	48.8
21-30 años	5	12.2	1	2.4	1	2.4	2	4.9	9	22.0
31-40 años	0	0.0	2	4.9	0	0.0	1	2.4	3	7.3
41-50 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.4	1	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>31.7</b>	<b>7</b>	<b>17.1</b>	<b>8</b>	<b>19.5</b>	<b>13</b>	<b>31.7</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

$$X^2=13.55$$

$$P>0.05$$

En la tabla N° 11 se observa que el 68.3% (acumulado) tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, el 31.7% tuvieron un estilo educativo parental democrático. El 48.8% de los pacientes tuvieron una edad de inicio de trastorno obsesivo compulsivo entre las edades de 11 a 20 años, de ellos el 34.2% (acumulado) tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, el 14.6% tuvieron un estilo educativo parental democrático,

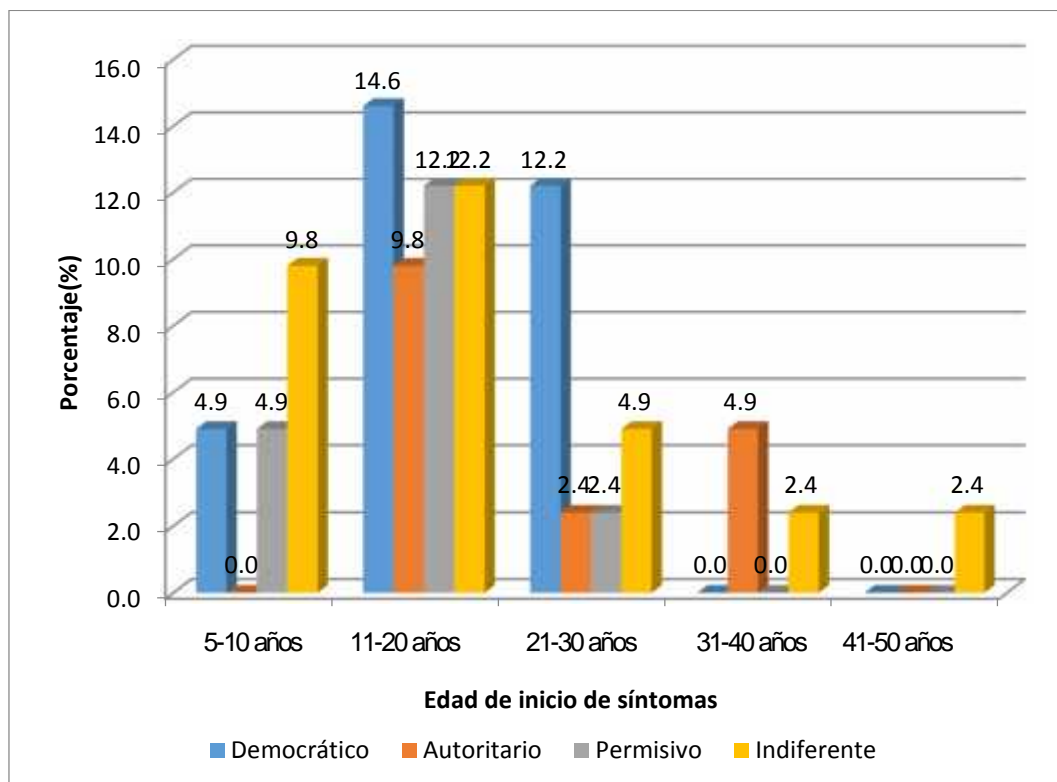
Deduciendo que casi la mayoría tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, cerca de la mitad tuvieron una edad de inicio entre las edades de 11 a 20 años, de ellos más de la cuarta parte tuvieron un estilo educativo parental inadecuado.

Según la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2=13.55$ ) muestra que los factores educativos y la edad de inicio de síntomas no presentaron relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).



GRAFICO N°. 11

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO SEGÚN LOS FACTORES EDUCATIVOS  
PARENTALES Y LA EDAD DE INICIO DE SINTOMAS.  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI,  
AREQUIPA 2017**



## CONCLUSIONES

Los resultados muestran:

**PRIMERO** : Se identificó los diferentes factores familiares de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, llegando a obtener que casi la mayoría de los pacientes tuvieron un estilo educativo parental inadecuado, cerca de la mayoría tuvieron un estilo de comunicación negativa, más de la mitad no recibieron maltrato en su infancia y tuvieron algún tipo de disfunción familiar respectivamente y más de la cuarta parte de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tuvieron una dinámica familiar muy estrecha.

**Segundo** : Se identificó que el principal factor familiar desencadenante del trastorno obsesivo compulsivo, es el factor educativo parental inadecuado, dentro de este factor se encuentran el estilo autoritario, estilo permisivo y el estilo indiferente.

## RECOMENDACIONES

Teniendo como resultados de esta investigación, nos permitimos recomendar lo siguiente, a fin de contribuir para mejorar la salud mental dentro de la atención primaria:

- Primero** : Al director de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, que realice un plan para la incorporación de un programa preventivo promocional de salud mental.
- Segundo** : Al Médico Jefe del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, se le recomienda que al implementar este programa se coordine con las municipalidades, instituciones educativas, escuela para padres u organizaciones familiares, para que se les informe y eduque, sobre la importancia de la salud mental y como puede ayudar a la familia para prevenir el trastorno obsesivo compulsivo o alguna otra enfermedad mental.
- Tercero** : Al Enfermero Jefe del servicio de enfermería del Centro de Salud Mental Moisés Heresi, se le recomienda que capacite a su personal de salud sobre temas preventivos promocionales en salud mental, la importancia de la familia, afecto y la salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

1. ÁLVAREZ V. M. I., BERÁSTEGUI A., Educación y familia: La educación familiar en un mundo de cambio, Editorial: Universidad Pontificia Comillas de Madrid, Madrid 2006.
2. BROCANO L., Estilos Comunicativos en Familias Disfuncionales. Guayaquil – Ecuador 2012.
3. BUELA G., MANUAL DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS 2da Edición, Editorial: Biblioteca nueva S.L., Madrid 2004.
4. BUTCHER N. J., MINEKA S., HOOLEY J. M., Psicología clínica 12 ava edición. Editorial: Pearson educación S.A, Madrid- España 2007.
5. CÍA .A., Trastorno obsesivo compulsivo y síndromes relacionados, Editorial: El Ateneo, Argentina -Buenos Aires 1995.
6. DEL POZO A., TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Trastornos de la conducta y de la personalidad. Editorial: Madrid – España 2008-2009.
7. DURAND M., BARLOW D., GONZALES M., PSICOPATOLOGIA un enfoque integral de la psicología anormal, 4 ta Edición, Editorial: Thomson Learning, México 2007.
8. GONZALES C., PACIENTES PSIQUIATRICOS. La mejora de la calidad de vida para la atención. Vol. 23 Editorial: Offarm. España – Barcelona 2004.
9. KAPLAN H., SADOCK B., GREBB J., SINOPSIS DE PSIQUIATRÍA Ciencias de la Conducta Psiquiatría clínica 7ma edición. Editorial: Medica panamericana. Argentina-Buenos Aires 1991.
10. NÚÑEZ, S., “Enfermería en el Cuidado de la Familia”, Editorial: UCSM, Arequipa – Perú 2011.

11. TORRES L., VELÁZQUEZ P, ORTEGA A., DINÁMICA FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJOS E HIJAS, Editorial: España – Portugal, Julio – Diciembre 2008.

### HEMEROGRAFIA

1. TORRES L., VELÁZQUEZ P., ORTEGA A., Revista Intercontinental de Psicología y Educación, DINÁMICA FAMILIAR EN FAMILIAS CON HIJOS E HIJAS, Editorial: España – Portugal, Julio – Diciembre 2008.
2. CAPANO A., UBACH A., Estilos Parentales, Parentalidad Positiva y Formación De Padres, VOL. VII (1) Editorial: Prensa Medica latinoamericana. Uruguay 2013.
3. ESGUERRA I., ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRA. Revista avances en enfermería Vol. IX Editorial: Universidad Santo Tomas. Colombia-Bogotá 1991.
4. DE LA CUESTA C., FAMILIA Y SALUD .Revista rol de enfermería, vol.203-204 Editorial: Rua .Colombia 1995.

### PÁGINAS WEB

1. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>, Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización.
2. <http://psicocalidad.blogspot.pe/2010/11/trastorno-obsesivo-compulsivo-TOC.html>
3. [http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR\\_FAMILIAR.pdf](http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf)
4. [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31614401/Evaluacion\\_clinica\\_pcte\\_psiquiatrico.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495219480&Signature=4rBMbOU%2BRbCTSsvIkakuQhnlzdk%3D&response-content-](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31614401/Evaluacion_clinica_pcte_psiquiatrico.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495219480&Signature=4rBMbOU%2BRbCTSsvIkakuQhnlzdk%3D&response-content-)

disposition=inline%3B%20filename%3DSINOPSIS\_DE\_PSIQUIATRIA\_Ciencias\_de\_la\_c.pdf

5. <http://somapsy.org/enfermeria-psiquiatica-promocion-salud/>
6. <http://www.asociacionTOCas.es/TOC1.html>
7. <http://www.authorstream.com/Presentation/alejoenfermo-1602183-aspectos-generales-de-la-enfermer-psiqui-trica/>
8. <http://www.bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-PB.pdf>
9. <http://www.esacademic.com/dic.nsf/eswiki/1273368>
10. <http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf>
11. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishareservlet/content/bfbb12cc-abc8-489e-8876-dd5de0551052>
12. <http://www.medicosfamiliares.com/familia/el-rol-en-la-familia-roles-familiares.html>
13. <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/trastorno-obsesivo-compulsivo-enfermeria/>
14. <https://mariaamarillo.files.wordpress.com/2009/02/trastorno-obsesivo-compulsivo.pdf>
15. <https://psicologiaymente.net/neurociencias/nucleo-caudado>
16. <https://psicologiaymente.net/social/tipos-de-familias#!>
17. [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/proTOColo\\_TOC.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/proTOColo_TOC.pdf)





**ANEXO 1**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



<b>FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>					
<b>DATOS</b>	<b>CODIGO DEL PACIENTE</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>
<b>GÉNERO</b>	Masculino				
	Femenino				
<b>EDAD DEL PACIENTE</b>	20-25				
	26-30				
	31-35				
	36-40				
	41-45				
<b>ESTADO CONYUGAL</b>	Soltera/o				
	Casada/o				
	Conviviente				
	Divorciada/o				
	Viuda /o				
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Alto				
	Medio				
	Bajo				
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Iltrado				
	Primaria completa				
	Secundaria completa				
	Técnico				
	Superior				
<b>QUÉ TIPO DE FAMILIA TUVO LA PACIENTE</b>	Familia Nuclear				
	Familia Monoparental				
	Familia Extensa				
	Familia Ampliada				
<b>ESTADO FUNCIONAL DE LA FAMILIA</b>	Normofuncionante				
	Disfunción leve				
	Disfunción grave				
<b>CUAL FUE LA DINÁMICA FAMILIAR QUE TUVO LA PACIENTE DENTRO DE LA FAMILIA</b>	Muy estrecha				
	Muy estrecha pero conflictiva				
	Conflictiva				
	Cercana				
	Quiebre				
	Distante				

<b>FICHA DE OBSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>					
DATOS	CODIGO DEL PACIENTE	01	02	03	04
CUAL FUE EL ESTILO DE COMUNICACIÓN DENTRO DE LA FAMILIA DE LA PACIENTE	Estilo de Comunicación Agresiva				
	Estilo de Comunicación Asertiva				
	Estilo de Comunicación Pasiva				
FACTORES EDUCATIVOS PARENTALES	E. Democrático				
	E. Autoritario				
	E. Permisivo				
	E. Indiferente				
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO QUE PRESENTA	Obsesión de contaminación				
	Obsesión de verificación				
	Obsesión agresiva				
	Obsesión sexual				
	Obsesión de Acumulación				
	Obsesión de simetría y perfección				
	Obsesión religiosa				
EDAD DE INICIO DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	5-10 años				
	11-20 años				
	21-30 años				
	31-40 años				
	41-50 años				
LA PACIENTE TIENE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES MENTALES EN SU FAMILIA	Trastorno obsesivo compulsivo				
	Esquizofrenia				
	Ansiedad				
	Depresión				
	Alzheimer				
	Alcoholismo				
	No tiene				
Otros: _____					
TUVO MALTRATO INFANTIL	Si				
	No				
TUVO AFECTO EL PACIENTE	Si				
	NO				

Fuente: Instrumento elaborado por los investigadores.

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

**Aplicación:**

Escala de 10 puntos.

	NUNCA	ALGUNA VEZ	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.			
Me satisface la forma como mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.			
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			
Me satisface como compartimos en familia el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa o el dinero.			

Fuente: Dr. Gabriel Smilkstein.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2. 0: "nunca", 1: "a veces", 2: "Siempre"

Si es igual o superior a 7 se considera una familia Normofuncionante.

Entre 4 y 6 disfunción leve y si es igual o inferior a 3 se clasifica como disfunción familiar grave.



PERÚ

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones VulnerablesSociedad de  
**Beneficencia**  
Pública de ArequipaMunicipalidad Provin  
de Arequipa

### CONSTANCIA


EL MEDICO JEFE DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI", DR. JOSE ALVARADO ACO HACE CONSTAR QUE :

LOS SEÑORES BRYAN ALVARO OLAVE ESPINOZA Y ROSA ADELAIDA CHOCANO BARRIOS BACHILLERES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA, HAN REALIZADO SU PROYECTO DE INVESTIGACION TITULADO : " FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL "MOISES HERESI", AREQUIPA 2014-2016, LOS DIAS : 08,09,10,11,16 Y 18 DE MAYO 2017 EN EL HORARIO DE 8.00 A 13.00 HORAS.

SE EXPEDIDE LA PRESENTE, A SOLICITUD DE LOS INTERESADOS, PARA LOS FINES CONSIGUIENTES.

AREQUIPA, 2017 JUNIO 13.

Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa

  
Dr. JOSE ALVARADO ACO  
C.P. 14051 R.E. 9805  
Adm. Dir. C.S.M. "Moisés Heresi"

## INFORME N° 0431 -CB- 2017

**A** : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : CENTRO DE INFORMACIÓN Y BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2017-0431

**Fecha** : 14 de junio de 2017

---

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

FACTORES FAMILIARES DESENCADENANTES DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN  
PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI, AREQUIPA 2014 - 2016

Autor(es):

**CHOCANO BARRIOS ROSA ADELAIDA/OLAVE ESPINOZA BRYAN ALVARO**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **21 %** en el  
sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Facultad de Enfermería  
15 JUN 2017  
FECHA: ..... HORA: .....  
FIRMA: .....

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Mgter.(e) KARINA ROSAS PAREDES

Coordinación del Centro de Información y Bibliotecas