



# **UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico.**

**Prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo en la  
población rural del cantón Cuenca.**

**Autor**

**Andrea Elizabeth Mendoza Alvear.**

**Director**

**Dr. Juan Fernando Aguilera Muñoz.**

**Asesor Metodológico**

**Dr. Fray Clainton Martínez Reyes.**

**Cuenca- Ecuador.**

**2019.**

## Resumen.

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un disturbo de ansiedad caracterizado por obsesiones y compulsiones. En el medio local no se conoce su distribución. El objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia y factores asociados del TOC en la población rural del cantón Cuenca.

**Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación transversal-analítica. El universo fue de 199.506 habitantes de las parroquias El Valle, Tarqui y Checa, del que se obtuvo una muestra polietápica de 984 individuos de 18 años en adelante. Mediante entrevista y luego del consentimiento informado, se aplicó la ficha sociodemográfica y el test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos).

**Resultados:** En este estudio se encontró una prevalencia de TOC del 3,5% y del 0,51 % como trastorno único. El TOC representó el 18,38% de todos los trastornos de ansiedad siendo más afectado el sexo masculino. El factor de riesgo asociado fue no convivir con pareja ( $X^2$  10,55;  $p$  0,00. OR 3,05; IC1,51-6,17). Ansiedad generalizada, abuso y dependencia de alcohol y sustancias, fueron las comorbilidades existentes junto al trastorno.

**Conclusiones:** El TOC tiene una prevalencia de 3,4%; el principal factor asociado fue no convivir con pareja. Se reporta como comorbilidades ansiedad generalizada y abuso y dependencia de alcohol y sustancias.

**Palabras claves:** trastorno obsesivo compulsivo, ansiedad, comorbilidad, población rural

**Abstract.**

**Introduction:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is an anxiety disorder characterized by obsessions and compulsions. Its distribution in the local environment is unknown. The objective of this study was to identify the prevalence and associated factors of OCD in the rural population of Cuenca.

**Materials and methods:** A transversal and analytical investigation was carried out. The universe was 199,506 inhabitants of the parishes El Valle, Tarqui and Checa, a multi-stage sample of 984 individuals 18 years of age and older was obtained. Through an interview and after informed consent, the sociodemographic record and the MINI test (Mini-International Neuropsychiatric Interview for adults) were applied.

**Results:** This study found a prevalence of OCD of 3.5% and a prevalence of 0.51% as a single disorder. OCD represented 18.38% of all anxiety disorders, the male sex being more affected. The associated risk factor was not living with a partner ( $X^2$  10.55;  $p$  0.00. OR 3.05; IC1.51-6.17). Generalized anxiety, abuse and dependence on alcohol and substances were the existing comorbidities along with the disorder.

**Conclusions:** OCD has a prevalence of 3.4%, the main associated factor was not living with a partner. Generalized and substance use derived anxiety were reported as comorbidities.

**Keywords:** obsessive compulsive disorder, anxiety, comorbidity, rural population.

## Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es un trastorno mental de ansiedad que se caracteriza por la presencia de pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones), acompañados de rituales (compulsiones) que el paciente realiza para poder controlar la ansiedad que éstos producen.

En Reino Unido, de acuerdo a lo observado en los servicios de salud mental de atención primaria y hospitales generales, se estimó una prevalencia de vida entre 2,0% a 3,0%. Por otra parte, se la clasifica dentro de las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo.<sup>(1,2)</sup>

En la población adulta de Estados Unidos existe una prevalencia puntual y de vida, estimadas en 1,2% al año y 2,3%, respectivamente. La tasa en hombres es ligeramente más baja que en mujeres en este grupo, sin embargo, los primeros son más comúnmente afectados en la infancia.<sup>(3)</sup>

En la actualidad, se considera que la prevalencia del TOC es mayor a la estipulada anteriormente. A principio de los ochenta se la estimaba en 0,05% en la población general; esta cifra era compatible con la identificada por los clínicos en las consultas que no eran muy frecuentes; sin embargo, desde 1984 se han realizados diferentes estudios situándola de 2,0% a 2,5%, cifra representativa si se considera la carga individual, familiar y social que conlleva el problema. Las estimaciones son solo para el síndrome completo, a pesar de la necesidad de contar con información específica referente a obsesiones y compulsiones, que son subsindromales.<sup>(2,4)</sup>

En el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, año 2014, entre los pacientes del área de clínica se reportó una prevalencia de 0,9% para TOC, independiente de su patología de origen.<sup>(5)</sup>

Existe una diferencia entre la prevalencia del trastorno en la población general y aquella que se identifica en las consultas clínicas. En el estudio Epidemiologic Catchment Area (ECA) se encontró que el 34,0% de pacientes con TOC mencionaron alguna vez sus síntomas a un médico y, solo un 20,0% habían buscado la ayuda de un especialista en salud mental;<sup>(5,6)</sup> la explicación está en

que los pacientes sienten vergüenza; la falta de información respecto al problema les aleja más aún de los servicios.

En estudios recientes, a un 37,0% de individuos que buscaron tratamiento se les encontró comorbilidades asociadas. <sup>(7,8)</sup> Las más comunes fueron ansiedad (76%); síndrome depresivo mayor (63,0%) y desorden de personalidad (23,0% - 32,0%). <sup>(9)</sup>

El TOC se manifiesta de manera gradual; presenta un curso crónico con exacerbaciones que están asociadas a acontecimientos estresantes. El malestar clínico que produce es grave, a ello se suma la pérdida de tiempo, hay interferencia en la rutina diaria y en la funcionalidad laboral, social e interpersonal. <sup>(9,10)</sup>

El trastorno generalmente se inicia en la infancia, adolescencia, o al inicio de la edad adulta. Las manifestaciones que presenta son ansiedad intensa, temor, tensión, que se desatan cuando el paciente se abstiene de las compulsiones generadas por pensamientos irracionales. La mayoría de individuos reconoce estas acciones e impulsos como ilógicos; una minoría no lo hace. <sup>(9,11,12) (13)</sup>

Entre las obsesiones que se describen están las relacionadas con posible contaminación, agresividad, sexualidad, religiosidad y compulsiones de simetría como actos de arreglar, repetir, limpiar, acumular y ahorrar, entre otras. <sup>(14)</sup>

En lo que se refiere al tratamiento para el TOC, la terapia cognitivo-conductual (TCC) junto con antidepresivos como inhibidores de la recaptura de serotonina ISRS y benzodiazepinas, son de elección cuando los síntomas de ansiedad son numerosos. <sup>(1,15,16)</sup>

Se entiende que los criterios teóricos son aplicables a todos los casos, sin embargo, la ocurrencia del problema puede presentar diferencias en poblaciones específicas. El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en la población rural de las parroquias del cantón Cuenca, una región localizada en los Andes ecuatorianos. Los resultados permitirán conocer la situación en torno a la salud

mental en sus habitantes y contribuirán a que los profesionales tengan elementos para direccionar mejor su atención.

## **Materiales y Métodos**

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo transversal – analítico. El universo estuvo conformado por 199.506 habitantes de las parroquias El Valle, Tarqui y Checa, las mismas que fueron seleccionadas considerando su representatividad geográfica y crecimiento poblacional. Se obtuvo una muestra polietápica de 984 individuos que se distribuyeron de acuerdo al conglomerado que representaba cada localidad; posteriormente, se estratificó de acuerdo a la edad en cuatro grupos: 18 – 20, 21 – 40, 41 – 65 y de 65 y más, a continuación, en cada uno de ellos se estratificó nuevamente de acuerdo al sexo considerando la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Para la localización de las viviendas se elaboró un mapa parlante y se las numeró, procediendo luego a su aleatorización e identificación correspondiente. En el caso de que la vivienda aleatorizada no contenga la unidad de análisis objetivo, se utilizó el criterio del vecino más cercano.

Se incluyó a hombres y mujeres mayores de 18 años en adelante que manifestaron voluntad de participar en la entrevista y firmaron el consentimiento informado (ver anexo1). Se excluyó a individuos con dificultad para comprender la encuesta o que presentaron alteraciones cognitivas y conductuales graves.

A los seleccionados se aplicó mediante entrevista, la ficha sociodemográfica (ver anexo 2) y el test MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para adultos) (ver anexo3).

Los datos obtenidos fueron analizados con en el programa SPSS. Se identificó a quienes presentaban o habían presentado el trastorno obsesivo compulsivo. Se estableció la distribución de acuerdo a las variables estudiadas: tipo y funcionalidad de la familia, sexo, convivencia de pareja, situación laboral, migración y edad. Se evaluó la asociación entre las variables con OR e intervalos de confianza al 95,0% y la significancia con chi cuadrado, siendo significativo un valor de  $p < 0,05$ .

## Resultados

De los 984 individuos investigados, 47,0% (438) correspondieron al sexo masculino y el 53,0% (546) al femenino. La media de la edad en los hombres fue de 43,93 (DS 19,56) años; la mediana fue 40,5 para un valor mínimo de 18 y máximo de 90. En las mujeres la media fue de 41,72 (DS 17,30); la mediana estuvo en 39 con una edad mínima de 18 y máxima de 93.

Se obtuvo una prevalencia de punto 20,72 % (IC 18,31 – 23,38) en los trastornos actuales. El 13,62% (IC 11,62 – 15,90) presentó más un de trastorno (prevalencia de comorbilidades).

Tabla N°. 1. Prevalencia actual de trastornos mentales (únicos) en la población rural del cantón Cuenca, Ecuador. 2018

Trastornos	N°	%
EDM	95	9,65
Distimia	6	0,61
Bipolar	14	1,42
Angustia actual	11	1,12
Agorafobia	9	0,91
Fobia social	11	1,12
Obsesivo compulsivo	5	0,51
Estrés postraumático	12	1,22
Dependencia al alcohol	13	1,32
Abuso del Alcohol	9	0,91
Dependencia de sustancias	0	0,00
Abuso de sustancias	0	0,00
Psicótico actual	10	1,02
Ansiedad generalizada	9	0,91
Total	204	20,72

Dentro de los trastornos de ansiedad, el TOC representó el 18,38%; la diferencia correspondió a trastornos de ansiedad generalizada, crisis de pánico y fobias.

Cuando se consideró el TOC, solo o combinado con otras morbilidades, fueron 34 los individuos afectados, correspondiendo a un 3,5%. La media de la edad en las mujeres fue 41,06 (IC 30,42–51,70; SW 0,90; p 0,09) años; en los hombres fue 35,06 (IC 26,45–43,66; SW 0,805; p 0,00).

Según la parroquia estudiada y el sexo, la distribución fue la siguiente:

Tabla N°. 2. Trastorno obsesivo compulsivo en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según parroquia estudiada y sexo. Cuenca, 2018

Sector	Sexo	TOC	
		No.	%
El Valle	Mujer	11	3,40
	Hombre	11	4,40
Checa	Mujer	0	0,00
	Hombre	1	2,30
Tarqui	Mujer	5	2,80
	Hombre	6	4,10
Total	Mujer	16	2,90
	Hombre	18	4,10
	Total	34	3,50

De acuerdo a las variables investigadas, la distribución del TOC fue de la siguiente manera:

Tabla N° 3. Trastorno obsesivo compulsivo en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables		Trastorno obsesivo compulsivo	
		No.	%
Sexo	Mujeres	16	2,90
	Hombres	18	4,10
Convivencia de pareja	No convive	21	6,00
	Si convive	13	2,10
Situación laboral	Sin remuneración	17	3,80
	Con remuneración	17	3,20
Migración familiar	Si	23	4,30
	No	11	2,40
Migración en el núcleo primario	Si	20	4,4
	No	14	2,7
Tipo de familia	No tradicional	4	3,20
	Tradicional	26	3,40
	Vive solo	4	4,10
Funcionalidad familiar	Disfuncional	7	7,00
	Funcional	27	3,20
Edad por ciclo de vida	De 18 a 20	4	4,10
	De 21 a 40	18	4,40
	De 41 a 65	8	2,50
	De 65 y más	4	2,50

Las variables de esta distribución fueron analizadas con estadísticos de asociación; los resultados se muestran así:

Tabla N° 4. Trastorno obsesivo compulsivo y variables relacionadas como factores de riesgo, en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, según variables estudiadas. Cuenca, 2018

Variables	Chi cuadrado	p	OR	IC	
Sexo mujer	1,01	0,31	0,70	0,36	1,40
No convive con pareja	10,55	0,00	3,05	1,51	6,17
Situación laboral sin remuneración	0,23	0,63	1,18	0,60	2,35
Migración familiar	2,58	0,11	1,80	0,87	3,74
Migración en el núcleo primario	2,17	0,14	1,68	0,84	3,36
Tipo de familia no tradicional	0,16	0,92	*		
Familia disfuncional	1,79	0,18	2,27	0,66	7,80
Edad en hombres 50 años y más	2,39	0,05	*		
Edad en mujeres 43 años y más	0,00	0,97	1,02	0,37	2,78

\* No se calculó OR porque algunas celdas tuvieron valor 0.

En cuanto a comorbilidades conjuntas al TOC, se encontró lo que se presenta a continuación:

Tabla N° 5. Comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo con otras condiciones mentales en habitantes de la zona rural del cantón Cuenca, 2018

Comorbilidad	TOC	
	No.	%
Depresión	21	9,70
Riesgo de suicidio leve	8	10,30
Riesgo de suicidio moderado	2	16,70
Riesgo de suicidio alto	3	15,00
Dependencia y abuso de alcohol y sustancias	12	19,70
Psicótico	12	21,40
Angustia	11	15,30
Ansiedad generalizada	13	24,50

## Discusión

El objetivo de la presente investigación fue establecer la prevalencia de TOC en la población rural del cantón Cuenca y sus factores asociados.

En Reino Unido en los servicios de salud mental de atención primaria y secundaria se estimó que el TOC tiene una prevalencia de vida del 2,0% - 3,0% y se clasifica dentro de las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo. <sup>(1,2)</sup> En tanto que en la población adulta de Estados Unidos tiene una prevalencia estimada de 1,2 % al año y la prevalencia de por vida estimada del 2,3 %. <sup>(3)</sup>

De una muestra de 984 personas, 34 presentaron el trastorno, solo o combinado con otros, lo que implica una prevalencia del 3,5%; el TOC como morbilidad única se identificó en el 0,51%. Estos valores son mayores a los reportados por una investigación realizada en pacientes del área de clínica en el Hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, en el año 2014; sus resultados mostraron una prevalencia de 0,9%, independientemente de su patología clínica. <sup>(5)</sup> En Tabasco, Balan <sup>(17)</sup> realizó un estudio en quienes acudieron por primera vez a la consulta psiquiátrica del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental, identificándose una prevalencia de 1,4%. León & Piedra, <sup>(18)</sup> quienes investigaron también la prevalencia de trastornos de ansiedad en la ciudad de Cuenca, lo hicieron en personas afectadas por abuso de sustancias; el 13,0% de ellas sufrían TOC. Estos resultados contrastan con los reportados en el presente estudio; por un lado, los trabajos referidos no consideran la presencia de otros trastornos como comorbilidades; por otra parte, fueron realizados en instituciones de salud donde acuden las personas en busca de atención o con problemas mentales de base.

En el estudio realizado por Baculima, et al., <sup>(5)</sup> se reportó que el TOC afecta principalmente al sexo masculino con un 52,13%, muy cercano al 52,94% a los hallazgos del presente estudio. La concordancia se debería a que ambas

investigaciones fueron realizadas en la misma área geográfica; el autor referido trabajó en el hospital regional con acceso a toda la población.

En cuanto a la edad, el grupo más afectado estuvo entre los 50-59 años con un 44,4%, según el estudio de Balan. <sup>(17)</sup> Baculima, et al., <sup>(5)</sup> reportó una mayor prevalencia en individuos mayores a 70 años, la media de edad fue de 55 y la mediana de 59,5. En el presente estudio el mayor porcentaje se ubicó entre 21-40 años con 4,40%; la media de la edad en hombres fue de 43,93 años y la mediana 40,5; en mujeres de 41,72 con una mediana de 39; a pesar de ello, hubo significancia estadística ( $p < 0,05$ ) cuando se consideró el estrato mayor a 50 años. Considerando las unidades de observación, hospitalaria en el primero y en el segundo caso, comunitaria en el tercero, en este último, el estrato mayor de la población va a ser joven con actitud diferente frente a la enfermedad; las personas de mayor edad tienden a buscar atención ya sea por sí mismas o a través de sus familiares en sitios asistenciales de mayor complejidad.

León & Piedra, <sup>(18)</sup> encontraron que la mayor parte de los afectados por TOC son solteros. Balan, <sup>(17)</sup> en cambio, indicó que el número fue mayor entre los casados con una razón 1,25 sobre los primeros. Los hallazgos locales identificaron 21 entre los que no conviven con pareja, mientras entre los que si lo hace, 13, con un 6% y 2,10%, respectivamente ( $p < 0,00$ ). La categorización legal del estado civil puede no ser suficiente para establecerla como factor de riesgo; una persona casada puede no convivir y viceversa; es conveniente analizar estas distribuciones considerando otras formas de relacionamiento de pareja.

Un punto también interesante a analizar en el estudio es la situación laboral de los pacientes afectados con TOC. Dado que la enfermedad afecta el bienestar mental de quienes lo padecen, esto podría afectar ámbitos de su vida que requieren concentración como lo es el trabajo, sin embargo, en la presente investigación se encontró que la mitad de los afectados no recibían remuneración (amas de casa, estudiantes y desempleados) y la otra mitad sí. Al comparar con el estudio realizado por Suria & Meroño, <sup>(19)</sup> esto autores indican que el 42,3% de las personas afectadas con TOC son estudiantes y, por otra parte, el 26,9% no tienen trabajo. Si se consideran que los primeros tampoco tienen actividad

laboral remunerada, se tendría un 69,2%. Esta disparidad puede deberse a que, cuando se realizó el estudio de Suria & Meroño, <sup>(19)</sup> España salía de una crisis económica, por lo que la cantidad de personas que no recibían remuneración se pudo ver aumentada en general, y no sólo dentro de la población con TOC.

El último punto en esta discusión es la comorbilidad. El TOC dificulta por sí solo la vida de quienes lo padecen. Aun así, usualmente las personas que viven con esta enfermedad también sufren de alguna otra afección psicológica, a esto se le denomina comorbilidad. <sup>(20)</sup> En el presente estudio se estableció que quienes padecen TOC, en su mayoría también padecen de ansiedad generalizada; otro porcentaje tiene abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas y, un último grupo menor tiene riesgo de suicidio. No se encontraron cifras exactas sobre la comorbilidad, sin embargo, la fundación ASAM Familia tiene alguna información relevante, <sup>(21)</sup> así: a nivel mundial, el 90,0% de las personas que padecen de TOC, también padecen de otro trastorno señalando a la ansiedad generalizada como el más común, aunque con un porcentaje del 40% frente al 24,50% encontrado. El resto de trastornos presentados a nivel mundial no coinciden con los obtenidos en el estudio, dando la impresión de que el entorno moldea la salud mental de sus habitantes de diferente manera, es así que en Brasil, en el 2017, <sup>(22)</sup> un estudio reporta que el TOC tiene mayor prevalencia de comorbilidad con el trastorno depresivo mayor, el más común de estos problemas a nivel mundial, con un 56,4%.

## **Conclusiones**

La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en las parroquias rurales del cantón Cuenca fue del 3.5%, con una frecuencia mayor entre los hombres (4.10%) de los afectados.

El principal factor de riesgo asociado encontrado fue “no convivir con pareja” y una edad mayor a 50 años.

Las comorbilidades del TOC fueron ansiedad generalizada, abuso y dependencia de alcohol y sustancias.

**Recomendaciones**

Se recomienda mayor accesibilidad y difusión de información general y específica del TOC a la población en general, para así facilitar que las personas afectadas o sus familiares puedan identificar los síntomas de obsesiones y compulsiones y que reciban tratamiento eficaz y mejorar su calidad de vida.

**Agradecimientos:**

Agradezco a mis padres por darme la oportunidad de superarme y estudiar; a mi padre por ser la luz que me guio por el mejor camino y lo sigue haciendo desde el cielo y desde entonces gracias mamá por darme la fortaleza y ser mi apoyo incondicional, a mi familia por apoyarme a en mi carrera y a Dios por darme sabiduría y una gran familia.

## Bibliografía:

1. Lovell k BP. Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive-compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-beha... - PubMed - NCBI [Internet]. 2017 [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28654682>
2. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. enero de 2010;15(1):53-63.
3. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. marzo de 1994;55 Suppl:5-10.
4. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lustig M, Iancu I, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 12:7-10.
5. Baculima L. "Trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014 [tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2014.
6. Robins L. An overview of psychiatric disorders in america - Semantic Scholar [Internet]. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/An-overview-of-psychiatric-disorders-in-america-Robins-Locke/be395e87f725ee11cee01e3934cc3d3f7fc12a41>
7. Leon C. (PDF) The Social Costs of Anxiety Disorders [Internet]. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/15403795\\_The\\_Social\\_Costs\\_of\\_Anxiety\\_Disorders](https://www.researchgate.net/publication/15403795_The_Social_Costs_of_Anxiety_Disorders)
8. Mayerovitch JI, al MJ et. Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12658626>
9. Simpson H. Obsessive-compulsive disorder in adults - Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis.pdf | Obsessive–Compulsive Disorder | Anxiety Disorder [Internet]. Scribd. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/188525732/Obsessive-compulsive-disorder-in-adults-Epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis-pdf>

10. Villar Ruby. Manual DSM-IV [Internet]. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.rvd-psychologue.com/es/manuel-dsm4-es.html>
11. Kohn Robert. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas [Internet]. 2001 [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
12. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. abril de 2001;34(2):62-8.
13. Freeston MH, Ladouceur R. Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behav Res Ther*. febrero de 1993;31(2):185-91.
14. Saxena S. Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *Am J Psychiatry*. marzo de 2007;164(3):380-4.
15. Honda K, Goodwin RD. Cancer and Mental Disorders in a National Community Sample: Findings from the National Comorbidity Survey. *PPS* [Internet]. 2004 [citado 11 de octubre de 2019];73(4):235-42. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/77742>
16. Bouvard M, Millierey M, Cottraux J. Management of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1 de enero de 2000;73:149-57.
17. Balan Torre A. Prevalencia y comorbilidad psiquiátrica del TOC en Tabasco. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2012 [citado 11 de octubre de 2019];18(3):79-86. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/en/revista/salud-en-tabasco/articulo/prevalencia-y-comorbilidad-psiquiatrica-del-toc-en-tabasco>
18. León Rodas LM, Piedra Vázquez PA. Prevalencia de tipos de trastornos de ansiedad en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca 2016. 2017 [citado 11 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27591>
19. Suriá Martínez R, Meroño Picazo A. Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: estudio de su eficacia como tratamiento complementario. febrero de 2009 [citado 11 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/25919>
20. Lifshitz G A. Sobre la "comorbilidad". *Acta Med* [Internet]. 15 de mayo de 2016 [citado 11 de octubre de 2019];14(2):61-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=65467>

21. Fundación Asam Familia. Qué es el trastorno obsesivo compulsivo [TOC] [Internet]. Fundación ASAM Familia. [citado 11 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://fundacionasamfamilia.org/centro-de-ayuda/enfermedades-mentales/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc/que-es-el-trastorno-obsesivo-compulsivo-toc/>
22. Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord.* 15 de enero de 2016;190:508-16.

## Anexos

### ANEXO 1

#### Consentimiento Informado para participantes de investigación

#### Consentimiento Informado para participantes de investigación

#### **“Prevalencia de los trastornos mentales en el cantón Cuenca”**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como colaboradores.

La presente investigación es conducida por el Dr. Juan Aguilera profesor de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Dr. Juan Aguilera. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que

esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Juan Aguilera director de la investigación a al teléfono 0999774878.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

**ANEXO 2**

## Ficha Demográfica

**INFORMACIÓN GENERAL**

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

Género

1 <input type="checkbox"/> masculino	2 <input type="checkbox"/> femenino
--------------------------------------	-------------------------------------

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos

¿Quiénes viven con usted? Pueden señalar todos los que están en la lista y poner en otros si falta alguien.

1 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres y hermanos 2 <input type="checkbox"/> Vive con su esposo (a) pareja. 3 <input type="checkbox"/> Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc. ) 4 <input type="checkbox"/> Vive solo con la madre o el padre 5 <input type="checkbox"/> Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos. 6 <input type="checkbox"/> Vive solo 7 <input type="checkbox"/> Vive con amigos (a) 8 <input type="checkbox"/> Otros indicar con quienes.....
---

Estado civil actual:

1 <input type="checkbox"/> soltero/a	4 <input type="checkbox"/> separado/a
2 <input type="checkbox"/> unión de hecho	5 <input type="checkbox"/> divorciado/a
3 <input type="checkbox"/> casado/a	6 <input type="checkbox"/> viudo/a

¿Qué actividad desarrolla actualmente?

Por favor elija la alternativa que represente mejor su situación laboral (con excepción de licencia médica y pre- y postnatal)

1 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (jornada completa)	6 <input type="checkbox"/> en formación/cambio de actividad
2 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (media jornada)	7 <input type="checkbox"/> servicio militar
3 <input type="checkbox"/> laboralmente activo (ocasionalmente)	8 <input type="checkbox"/> cesante
4 <input type="checkbox"/> dueña de casa (sin actividad laboral)	9 <input type="checkbox"/> jubilado/a
5 <input type="checkbox"/> estudiante	10 <input type="checkbox"/> otro -----

¿Tiene un familiar directo que ha migrado?

En el caso que la respuesta sea Sí, elija si esta es interna o externa

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Migración interna <input type="checkbox"/>	Migración externa <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

Identifique quien migro y el tiempo.

1 <input type="checkbox"/> padre
2 <input type="checkbox"/> madre
3 <input type="checkbox"/> ambos padres
4 <input type="checkbox"/> esposo (a) pareja
8 <input type="checkbox"/> hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
9 <input type="checkbox"/> Otros indicar quienes.....

1 <input type="checkbox"/> 0- 6 meses
2 <input type="checkbox"/> 7 -12 meses
3 <input type="checkbox"/> 13 - 18 meses y mas

**ANEXO 3**

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI).

**MINI****MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

**Versión en español:**

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/>	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/>	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO ⇒	SÍ							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO ⇒	SÍ	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	6	<b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b>		
NO	SÍ	6								
<b>TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL</b>										

**ANEXO 4**

Distribución de la muestra según los sectores del área rural de la ciudad de  
Cuenca

GRUPOS DE EDAD	CHECA		TARQUI		VALLE		TOTAL PARCIAL		TOTAL
	H	M	H	M	H	M	H	M	
20 – 29	9	11	38	40	91	90	138	141	279
30– 39	6	8	26	30	61	68	92	106	198
40 – 49	5	7	19	24	44	53	68	84	151
50 – 59	3	5	14	17	33	39	50	60	110
60 – 69	2	3	9	12	22	26	34	41	74
70 – 79	1	2	5	7	12	16	19	24	43
80 y más	1	1	3	4	7	10	11	15	26
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>114</b>	<b>133</b>	<b>270</b>	<b>301</b>	<b>411</b>	<b>471</b>	<b>882</b>