



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y FACTORES  
ASOCIADOS EN EL CANTÓN NABÓN, 2021**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**AUTORES: MARCO ALEXANDER ALVARADO VILLA Y  
ERIKA PAOLA TENESACA PACHECO**

**DIRECTORA: YOLANDA PATRICIA DAVILA PONTON**

**CUENCA - ECUADOR  
2022**

**Dedicatoria I**

Se lo dedico a mi madre,  
la cual siempre me apoyo incondicionalmente  
a cumplir mis metas y seguir mis estudios y no perder la fe en mí,  
a mis amigos y familiares,  
en especial mis abuelos que han sido parte de mi vida durante estos años  
y se han vuelto parte fundamental de mi día a día,  
a mi amiga humita que estuvo apoyándome a no caer en depresión  
y a mis profesores que me inspiraron a conseguir esta meta

Marco Alexander Alvarado Villa

**Dedicatoria II**

Se lo dedico a mi padre que está en el cielo,  
A quien admirare siempre.  
A mi madre y hermanos que han sido  
Mi apoyo incondicional todos estos años y sin ellos  
Nada de esto sería posible.

Para todos, un beso y un abrazo  
Desde lo más profundo de mi corazón.

**Agradecimiento I**

Agradezco a Pao, por su esfuerzo para lograr sacar adelante esta investigación,  
ya que ha sido un trabajo arduo desde el levantamiento de datos.

A mi madre por el apoyo emocional y financiero.

A la profesora Yolanda Dávila por su ayuda,

Colaboración en los momentos de consulta  
y soporte en este trabajo de investigación.

A la universidad del Azuay por financiar esta investigación.

A Dios y al universo por haber conspirado para mantenerme firme  
y no decaer durante este gran esfuerzo que comprendió  
mi carrera como psicólogo clínico.

Marco Alexander Alvarado Villa

**Agradecimiento II**

Agradezco a mis padres y hermanos,  
Que son mi guía y pilar en la vida,  
Gracias por la confianza que depositan en mí,  
Por apoyarme a cumplir mis sueños  
y sobre todo gracias por el amor y cariño que me dan.  
Gracias a aquellos maestros que fueron faro de luz y enseñanza,  
A mis amigos/as gracias por enseñarme más de la vida,  
Qué lindo fue compartir un salón de clases  
Nos vemos afuera, Colegas.

## Resumen

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es considerado como uno de los trastornos más incapacitantes y que altera la vida diaria de quienes lo padecen, es un problema de salud mental que afecta a varios países de Latinoamérica y Ecuador no es la excepción. esta es una investigación de tipo transversal analítico y tiene como objetivo cuantificar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el Cantón Nabón, se utilizaron los siguientes instrumentos: una ficha sociodemográfica en la que se indago las siguientes variables: etnia, género, edad, años de estudio, convivencia, migración de algún familiar, enfermedad mental de algún familiar, discriminación, actividad física, actividad laboral y afectación del estado psicológico durante la pandemia y la entrevista neuropsiquiátrica MINI-Apartado G. La muestra estuvo conformada por 725 individuos mayores de 18 años.

**Resultados:** La prevalencia del TOC fue de 7,59% estuvo asociada al factor “deuda familiar” ( $p=0,001$ ).

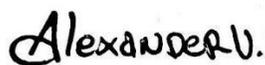
**Palabras claves:** Trastorno Obsesivo Compulsivo; Salud Mental, Población Rural.

## Abstract

Obsessive Compulsive Disorder is considered one of the most disabling disorders, which alters the daily life of those who suffer from it. It is a mental health problem that affects several Latin American countries; Ecuador is no exception. This is an analytical cross-sectional research and seeks to quantify the prevalence of obsessive compulsive disorder in Nabón. The following instruments were used: MINI-Apart G neuropsychiatric interview, the sociodemographic record in which the following variables were inquired: ethnicity, gender, age, years of study, cohabitation, migration of a family member, mental illness of a family member, discrimination, physical activity, work activity and affectation of the psychological state during the pandemic. The sample consisted of 725 individuals over 18 years of age. **Results:** The prevalence of OCD was 7.59% and was associated with the factor "family debt" ( $p=0.001$ ).

**Key words:** Obsessive Compulsive Disorder; Mental Health, Rural Population.

Translated by



Marco Alexander Alvarado Villa



Erika Paola Tenesaca Pacheco



## Tabla de contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>6</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>7</b>
<b>Índice de Tablas</b> .....	<b>9</b>
<b>Índice de Anexos</b> .....	<b>10</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>Capítulo I: Trastorno Obsesivo Compulsivo</b> .....	<b>13</b>
<i>Descripción del Trastorno</i> .....	13
<i>Criterios Según el DSM-V</i> .....	15
<i>Factores Asociados al Trastorno Obsesivo Compulsivo</i> .....	18
<b>Capitulo II: Metodología</b> .....	<b>21</b>
<i>Tipo de Estudio</i> .....	21
<i>Población y Muestra</i> .....	21
<i>Instrumentos</i> .....	22
<i>Consideraciones estadísticas y Plan analítico</i> .....	23
<b>Capitulo III</b> .....	<b>24</b>
<i>Resultados de la Investigación</i> .....	24
<i>Discusión</i> .....	30
<i>Conclusiones</i> .....	31
<i>Recomendaciones</i> .....	32
<b>Bibliografía</b> .....	<b>34</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>38</b>

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1:</b> Descripción de las variables sociodemográficas en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021.....	24
<b>Tabla 2:</b> Descripción de la frecuencia y porcentaje diagnosticada con TOC en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021 .....	28
<b>Tabla 3:</b> Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021.....	29

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> Consentimiento Informado .....	38
<b>Anexo 2</b> Ficha Sociodemográfica.....	40
<b>Anexo 3:</b> MINI, Apartado G .....	45

## Introducción

Según Foghini y Roldán (2010), el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es reconocido como un desorden común e incapacitante. Para la Organización Mundial de la Salud, este trastorno se encuentra en el cuarto lugar después de las fobias, del abuso de sustancias y de las depresiones.

Los pensamientos intrusivos recurrentes y los actos repetitivos son característicos del Trastorno Obsesivo Compulsivo o comúnmente denominado TOC, estos tienen la finalidad de reducir un malestar o una sensación negativa o incómoda, sin embargo, con el tiempo provoca un deterioro funcional en la vida de quien lo padece.

Se establece como criterio que las obsesiones y compulsiones deben ser excesivas e irracionales para pacientes adultos, el mismo que no es aplicable para menores debido a que frecuentemente los síntomas se presentan de manera egosintónica incluso hasta la adolescencia.

Según Martínez (2016), en la actualidad el TOC es visto y entendido como un trastorno único, sin importar la edad en la que aparezca, a pesar que en el 80% de los casos su inicio ocurre antes de los 18 años. Por otro lado, Arrieta y Barboza (2014), nos dicen que varios estudios han demostrado que las obsesiones más comunes son las de contaminación, sexuales, obsesiones somáticas y culpa. Mientras que las compulsiones más frecuentes son las de lavarse, repetir, comprobar y ordenar.

A causa del desinterés de entes como la Organización Mundial de la Salud (OMS), El Instituto de Estadísticas y Censos de la República del Ecuador (INEC), y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) le ha dado al trastorno obsesivo compulsivo, surgió en nosotros la necesidad de realizar un proyecto de investigación en la población de Nabón. Según los datos obtenidos del VI censo de población y V de vivienda de la página oficial de la alcaldía, Según la página oficial de la Alcaldía de Nabón (2022), el cantón cuenta con 15.121 habitantes de los cuales, el 6,9% pertenece a la zona urbana mientras que, el 93.1% a la zona rural; 6.926 son hombres y 8.195 son mujeres”

En el Ecuador, al igual que algunos países latinoamericanos, no se tiene una idea clara sobre la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en cantones que no son capital de provincia. Por esta razón, consideramos importante realizar esta investigación, debido a que promueve la conciencia del trastorno dentro de la población investigada. El objetivo de esta investigación fue cuantificar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y determinar qué factores sociodemográficos se relacionaron con la presencia del mismo, a través de la utilización de herramientas como el MINI y la ficha sociodemográfica.

## Capítulo I: Trastorno Obsesivo Compulsivo

### Descripción del Trastorno.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) cuenta con tres características principales: La primera es que los pacientes con diagnóstico de TOC tienden a experimentar pensamientos involuntarios y repetitivos denominados obsesiones. En segundo lugar, tienden a experimentar ansiedad, temor e intranquilidad por lo que se realizan conductas compulsivas para intentar contrarrestar las sensaciones desagradables que relacionan con las obsesiones. La tercera es que este ritual requiere emplear mucho tiempo a diario lo cual impide la realización de actividades importantes para el paciente.

El trastorno obsesivo compulsivo para Villalobos (2018) se presenta en niños y adolescentes con el 2 a 4%, mientras que en adultos del 2 a 3%. La edad de inicio esta entre los 20 años, sin embargo, el estudio demuestra que el 50% de adultos inician su sintomatología a los 11 años, por otro lado, el TOC que se presente después de los 35 es poco común.

“Los varones tienen una edad de inicio más temprana que las mujeres; casi el 25% de los varones tienen un inicio antes de los 10 años, en comparación con una tasa mucho menor en las mujeres” (Simpson, Stein, y Hermann, 2013, p 4) información con la cual concuerda Interiano y Reyes (2016), quienes también mencionan que “la edad de inicio aparece bimodal, ya sea en la niñez (edad media

aproximada de los 10 años) o durante la adolescencia o adultez temprana (con una edad media de inicio aproximadamente a los 21 años)” (p.2).

La aparición de los síntomas en el TOC suele darse de forma gradual; sin embargo, se pueden dar casos en los que se den como una aparición aguda, la misma que “se ha asociado a una etiología infecciosa. Si no se trata, el curso del TOC suele ser crónico, con síntomas crecientes y decrecientes. Algunos tienen un curso episódico, y una minoría tiene un curso deteriorado” (Simpson et al., 2013, p 4).

Este trastorno, está entre las enfermedades más incapacitantes, ya que el paciente presenta síntomas que le afectan su vida cotidiana de forma muy importante, es por eso que “El diagnóstico de TOC generalmente requiere que los pensamientos obsesivos ocurran por más de 1 hora cada día. Además, las obsesiones relacionadas con el TOC no se inician y se detienen súbitamente con un evento específico” (Interiano y Reyes, 2016, p 2).

El TOC al ser incapacitante, deteriora la calidad de vida, dicho deterioro se produce en diferentes ámbitos y está asociado a la gravedad de los síntomas, El deterioro puede ser causado por:

- a. El tiempo que se dedica cada día a las obsesiones y a las compulsiones. puede generar impuntualidad y reducir las actividades productivas de la vida del paciente.
- b. El paciente evita estar en situaciones que puedan provocar un temor obsesivo, también evita realizar tareas que no sean conformes con la obsesión.

- c. La pérdida de empleo por no sentirse conforme con las actividades que realiza.
- d. Desarrollo de afecciones dermatológicas, por el contacto con químicos de desinfección fuerte y lavado constante de manos, en el caso de TOC, relacionado con la limpieza.
- e. Mala relación con los miembros de la familia debido a prohibiciones impuestas a sus familiares en relación a la obsesión. Por ejemplo, obligar a que su núcleo familiar desinfectar ciertas áreas cada cierto tiempo, comprobar cierta cantidad de veces que el grifo de la cocina este cerrado, etc.

### **Criterios Según el DSM-V.**

En el DSM-V, el TOC está fuera de la categoría de los trastornos de ansiedad, y, a comparación de versiones más antiguas del manual, pasa a ser una categoría propia denominada “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”. “No obstante, sigue manteniendo una estrecha relación en el manual con los trastornos de ansiedad, con los que es muy frecuentemente comórbido” (Gómez et al., 2018, p 3).

En el DSM-5 se encuentran la clasificación de los trastornos, síndromes y síntomas que permite al personal de salud identificar la patología específica que el individuo que asiste a la consulta, está padeciendo. “Encontraremos criterios específicos que deben cumplirse para poder diagnosticar el cuadro; para identificar y evaluar si se cumplen o no los criterios solicitados se deben conocer los trastornos en general, la semiología psicológica y psiquiátrica y por supuesto también al paciente” (Camacho, 2006, p 7).

Dentro del DSM-V para el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo deben cumplirse los siguientes criterios diagnósticos:

A.- Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, que son de tipos intrusivas o no deseadas y persistentes que se experimentan en algunos momentos y, en la mayoría, de los sujetos causan ansiedad o malestar importante. El sujeto intenta ignorar y suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión). Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (por ejemplo, ocupan más de una hora diaria).

B.- Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1.- Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales repetitivos (por ejemplo, rezar, contar, repetir palabras en silencio), que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.

2.- El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

C.- Los síntomas del obsesivo-compulsivo, no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D.- La alteración no se explica mejor por síntomas de otro trastorno mental, por ejemplo: preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si: Con introspección buena o aceptable, con poca introspección o con ausencia de introspección/con creencias delirantes.

Especificar si: El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics

(American Psychiatric Association, 2014, pp 145-146)

### **Factores Asociados al Trastorno Obsesivo Compulsivo.**

En relación al sexo reafirmando lo mencionado anteriormente, en 1999, Boggetto y otros han concluido que “el comienzo de los primeros síntomas es más precoz en los hombres, coincidiendo con la pubertad o la primera juventud, mientras que en la mujer no suele manifestarse antes de los 20 años, normalmente asociado a embarazos”. Con respecto a los síntomas, “las mujeres muestran más compulsiones dañinas sobre limpieza y comprobaciones, mientras que los hombres presentan más tics, mayor gravedad en los síntomas en general y un peor pronóstico” (Lochner et al., 2004, p 441).

No existe evidencia de la relación específica del TOC con el factor migratorio, sin embargo, Martínez y otros (2019), indican que “la OIM en Mesoamérica vincula elementos como la fragmentación familiar, el desarraigo, y experiencias estresantes vividas durante la migración, con altos niveles percibidos de ansiedad, estrés, frustración, tristeza, sentimiento de pérdida y desesperanza a nivel individual, familiar y comunitario” (p.10).

Según Taylor, Jang y Asmundson (2010), algunas investigaciones que asocian el TOC con factores biológicos indican que se trata de un trastorno complejo y multifactorial, en el cual están implicados múltiples factores genéticos y ambientales que interaccionan entre sí.

Para Rodríguez-Ferret (2018) podría existir una desregulación de la neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica en el TOC debido a la hiperactividad en áreas cerebrales que se encuentran interconectadas entre sí formando el circuito cortico-estriado-tálamo-cortical (CETC), mismas que conllevan a la desregulación de los neurotransmisores GABA, lo que llevaría a una hiperexcitación de estas áreas cerebrales, provocando una percepción exagerada de sensaciones y pensamientos (obsesiones) relacionados con el peligro, la higiene o el daño, que normalmente se suprimirían sin ningún esfuerzo consciente.

Sin embargo, independientemente de los factores biológicos que se supone ocasionan este trastorno, los factores socioculturales como el desempleo, la pobreza, falta de acceso a servicios de salud y aspectos religiosos o espirituales de la cultura afectan significativamente a la salud mental. Además “las condiciones presentan los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud; la marginación y exclusión social” (Valle y Jiménez, 2012, p 44), es así como algunas investigaciones han identificado que las recesiones económicas ejercen un impacto negativo sobre la salud mental por diversos factores interrelacionados, entre los que el desempleo constituye el principal factor de riesgo. Al comparar longitudinalmente la transición del empleo al desempleo se observa que repercute de manera clara sobre el bienestar

psicológico general, la depresión y la ansiedad. Por lo tanto, el desempleo y los factores asociados están relacionados con una mayor prevalencia de trastornos mentales en general (Gili, García Campayo, y Roca, 2014, p 141).

### **Tratamiento**

El tratamiento para TOC, “tanto la medicación como la terapia psicológica son eficaces, y la intervención de terapia “psicología de referencia” es la terapia cognitivo-conductual (TCC)” (Lovell et al., 2017, p 5), Sin embargo, “No puede hablarse estrictamente de un tratamiento cognitivo del TOC, sino de aportaciones cognitivas dentro de la EPR. Así se han aplicado técnicas como el entrenamiento en auto instrucciones, la terapia racional emotiva o la terapia cognitiva de Beck” (Vallejo, 2001, p 5)

## Capítulo II: Metodología

### **Tipo de Estudio.**

La presente investigación se basó en un enfoque cuantitativo y se trata de un estudio de tipo transversal analítico.

### **Población y Muestra.**

La población estuvo conformada por 14.085 habitantes. La muestra fue de tipo polietápica. Del total de la población se procedió a obtener una muestra aleatoria la que se distribuyó porcentualmente por conglomerados de acuerdo al número de habitantes de cada comuna; se estratificó de acuerdo a la edad, para lo cual se consideraron cuatro estratos 10 - 19, 20 – 39, 40 – 59 y, de 60 y más; a continuación, en cada grupo de edad se estratificó de acuerdo al sexo considerando para ello la distribución establecida por el INEC en el censo 2010.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se aleatorizó todas las viviendas del Cantón; se definió para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantó la información, de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contuvo la unidad de análisis otorgada, se utilizó el criterio del vecino más cercano, es decir, se ubicó una unidad de análisis en la vivienda anterior, posterior, izquierda o derecha, en ese orden. Si una de las viviendas cercanas se aleatorizó para otra unidad de análisis, cuando le correspondió, se utilizó nuevamente el criterio del vecino cercano. por el INEC en el censo 2010.

## **Instrumentos.**

Para este estudio se utilizó el MINI que es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 y DSM-V, específicamente nos fijamos en el apartado G, módulo específico en la detección del Trastorno Obsesivo Compulsivo, mismo que cuenta con 5 (G1,G2,G3,G4 y G5) apartados y con 4 (G1a, G1b, G3a y G3b) subapartados que guían al evaluado a identificar pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas, intentos de suprimir dichos pensamientos, impulsos o imágenes; también la reaparición de los mismos y conductas de repetición o rituales en respuesta a dichos pensamientos y como esto afecta a la persona de manera significativa al menos en el último mes. “Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la Salpêtrière en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998” (Barrios et al., 2016, p 60).

El MINI es un instrumento que determina la presencia de 16 trastornos mentales con una especificidad y sensibilidad de 85% y valor predictivo positivo de 75%; para algunos trastornos evalúa episodios actuales; para otros, episodios de por vida o ambos. Es interesante mencionar en este punto que el test mide la presencia de rasgos de trastornos psicóticos, lo cual es de suma importancia para el tratamiento preventivo y precoz. (Barrios et al., 2016, pp 60-61).

Por otro lado, para Barrios et al, (2016) el MINI está dividido en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría. Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos) se presenta en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios principales del trastorno. Al final de cada

módulo, una o varias casillas diagnosticadas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios.

Se utilizó la ficha sociodemográfica, que permitió recolectar información general sobre las siguientes variables: la edad, género, etnia, nivel de educación, endeudamiento, con quienes vive, estado civil, actividad laboral, migración, familiares que han recibido tratamiento médico de alguna enfermedad mental, ingresos, discriminación, actividad física e intensidad y estado psicológico afectado por la pandemia; dichos datos se utilizaron con el objetivo de tener una visión más profunda de la población.

### **Consideraciones estadísticas y plan analítico.**

Previo al ingreso en la base de datos, los instrumentos fueron sometidos a una validación de calidad; una vez verificada la coherencia de la información, se vació en una base creada en el programa SPSS portable, versión 21.

Se procedió con el análisis estadístico descriptivo de las variables en estudio para establecer las prevalencias de trastornos mentales con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. La asociación se estableció con OR para prevalencias por iguales o menores a 5%, y Razón de Prevalencias, las que muestren una proporción superiores al valor señalado. La significación estadística se estableció con un valor p menor a 0,05, será considerado estadísticamente significativo. Se realizó un análisis multivariado para cada trastorno utilizando regresión logística; al modelo se ingresó los factores con asociación estadísticamente significativa.

### Capítulo III

#### Resultados de la Investigación

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 725 individuos residentes en las comunidades del Cantón Nabón de los cuales, 32,8% (238) correspondieron al sexo masculino y el 67,2% (487) al femenino.

**Tabla 1:** Descripción de las variables sociodemográficas en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021.

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Género	Masculino	238	32,8 %
	Femenino	487	67,2 %
Etnia	Mestizo	495	68,3 %
	Indígena	219	30,2 %
	Blanco	8	1,1 %
	Otras	3	0,4 %

Instrucción	Educación básica incompleta	255	35,2 %
	Bachillerato completo	151	20,8 %
	Educación básica completa	113	15,6 %
	Sin escolaridad	94	13,0 %
	Bachillerato incompleto	74	10,2 %
	Nivel superior completo	28	3,9 %
	Nivel tecnológico	8	1,1 %
	Nivel postgrado	2	0,3 %
Vive con	Pareja	290	40,0 %
	Otros	241	33,2 %
	Ambos padres y hermanos	82	11,3 %
	Vive solo	49	6,8 %

	Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares	34	4,7 %
	Vive solo con el padre o la madre	17	2,3 %
	Vive con su madre o padre, con su nueva pareja y sus hijos	9	1,2 %
	Vive con tíos y/o Abuelos	3	0,4 %
Estado Civil	Casado	368	50,8 %
	Soltero	185	25,5 %
	Unión de hecho	97	13,4 %
	Viudo	45	6,2 %
	Divorciado	21	2,9 %
	Separado	9	1,2 %
Vive con pareja	Si	441	60,8 %
	No	284	39,2 %
Situación Laboral	Labora jornada completa	251	34,6 %
	Dueño de casa	158	21,8 %
	Otro	106	14,6 %
	Labora media jornada	77	10,6 %
	Trabajo ocasional	72	9,9 %
	Jubilado	22	3,0 %
	Estudiante	16	2,2 %
	Cambio de actividad		

	Cesante	13	1,8 %
		10	1,4 %
Ejercicio Programado	Si	305	42,1 %
	No	420	57,9 %
Familiar con tratamiento Por enfermedad mental	Si	113	15,6 %
	No	612	84,4 %
Estado psicológico Afectado en pandemia.	Si	342	47,2 %
	No	383	52,8 %
Migración Familiar	Si	317	43,7 %
	No	408	56,3 %
Sufrió discriminación	Si	164	22,6 %
	No	561	77,4 %
Deuda Familiar	Si	337	46,5 %
	No	388	53,5 %
<b>Total</b>		<b>725</b>	<b>100 %</b>

*Nota:* La tabla representa la descripción de las variables sociodemográficas por categoría, frecuencia y porcentaje de la población rural del cantón Nabón, 2021. Por Alvarado y Tenesaca, 2022.

En la Tabla 1, se muestra la descripción de las variables sociodemográficas del estudio: género, etnia, instrucción, vive con, estado civil, vive con pareja, situación laboral, ejercicio programado, familiar tratamiento enfermedad mental, estado psicológico afectado pandemia, migración familiar, ha sufrido discriminación y deuda familiar; en cada variable se muestra que categorías están dentro de las mismas cuál es su frecuencia, su porcentaje y el total.

**Tabla 2:** Descripción de la frecuencia y porcentaje diagnosticada con TOC en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021

	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Si	7,59 %
	No	92, 41 %
<b>Total</b>	725	100 %

*Nota:* La tabla representa la frecuencia y porcentaje de la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el cantón Nabón, 2021. Por Alvarado y Tenesaca, 2022.

En Tabla 2, demuestra la frecuencia y el porcentaje de la muestra evaluada, el 7,59% de la población fue diagnosticada con TOC, mientras el 92.41% no padece este trastorno

**Tabla 3:** Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en la población rural del cantón Nabón, Ecuador, 2021.

Variable	TOC		Estadísticos				
	No.	%	Chi 2	p	OR	IC 95%	
Vivir solo	5	9,1	0,514	0,474	1,423	0,540	3,749
Soltero, separado, viudo, divorciado	19	34,5	0,045	0,839	0,939	0,527	1,674
Etnia indígena	22	40,0	2,707	0,100	1,601	0,910	2,815
Género mujer	34	61,8	0,774	0,379	0,776	0,440	1,568
Edad 20 a 30 años	19	34,5	1,208	0,272	1,384	0,774	2,474
Sin educación - básica completa	28	50,9	0,183	0,669	1,127	0,651	1,954
Dueño de casa, en formación cambio de actividad, cesante, jubilado	18	32,7	0,660	0,417	1,275	0,708	2,297
Migración familiar	24	43,6	0,000	0,989	11,996	0,572	1,734
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	13	23,6	2,931	0,087	1,764	0,914	3,405
Deuda familiar	37	67,3	10,431	0,001	2,535	1,415	4,544
Ha sufrido discriminación	18	32,7	3,473	0,062	1,746	0,966	3,157
No realiza ejercicio programado	26	47,3	2,774	0,096	0,628	0,362	1,090
Estado psicológico afectado por la pandemia	30	54,5	1,298	0,255	1,377	0,793	2,391
Disfuncionalidad familiar	5	11,9	1,106	0,293	0,691	0,629	4,547
Consumo problemático de alcohol (AUDIT 15 y más)*	2	3,6		0,172	3,123	0,647	15,078

*Nota:* La figura representa la relación de las variables sociodemográficas con la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el cantón Nabón, 2021. Por Alvarado y Tenesaca, 2022.

En la Tabla 3, el tener deuda familiar está asociado como factor de riesgo principal para presentar trastorno obsesivo compulsivo con un chi cuadrado de 10,431, (0,001), el OR de 2,545, (IC 1,415 – 4,544).

## **Discusión.**

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo establecer la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo y factores asociados en el cantón Nabón, 2021. Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 725 individuos residentes en las comunidades del Cantón Nabón de los cuales, 32,8% (238) correspondieron al sexo masculino y el 67,2% (487) al femenino mayores a 18 años de edad,

La prevalencia del TOC en el estudio fue del 7,59% de la población, lo que coincide con la investigación realizada en Colombia por Navarro-Mancilla y otros (2011) para determinar la prevalencia de TOC la que fue de 7,4% (IC 95% 5,3%-10,0%). Al igual que este estudio se evaluaron variables sociodemográficas, de las cuales el factor “trabajo por dinero” tuvo relevancia significativa con el trastorno, el estudio colombiano sugiere que la doble condición de trabajar y estudiar es un factor de riesgo asociado con TOC; en comparación con esta investigación en el cual solamente el factor “deuda familiar” dio resultados significativos. Se infiere que tener resultados similares entre estudios es debido a la alta preocupación en las personas por mantener una buena calidad de vida con salarios que ayuden a solventar los gastos de la vida diaria.

En otra investigación realizada en México la prevalencia de TOC entre 3086 pacientes atendidos en el instituto nacional de psiquiatría fue de 2,3% (10) siendo en su mayoría mujeres y mostrando alta comorbilidad con depresión” (Caraveo-Anduaga y Bermúdez, 2004, p 3). Se infiere que debido a que el estudio fue realizado en un hospital, se tiene mayor facilidad para recolección de datos y aplicación de test para evaluar este trastorno, a comparación de esta investigación en la cual la población y tipo de estudio es diferente, por otro lado, en instituciones psiquiátricas se atienden casos con mayor gravedad.

En esta investigación se encontró que el TOC estaba relacionado con la “deuda familiar”, probablemente debido al hecho de que las personas con esta obligación viven en constante preocupación por solventarla, de modo que interfiere en su accionar diario lo que puede llevarlos a perder su empleo por no poder cumplir adecuadamente con lo que se les exige laboralmente, se infiere también la posibilidad de que las personas con TOC no mantienen un empleo con salario fijo debido a que en su mayoría viven de la agricultura y mantienen una mala administración de ingresos. Lo que concuerda con Richardson; Elliot y Roberts (2013) las personas con deudas tienen mayor probabilidad de tener un problema de salud mental a diferencia de quienes no sostienen deudas.

Se debe indicar que Baculima, Iñamagua y Sánchez (2014) en su estudio reportaron que el TOC afecta con un 52,13% a los hombres, resultado lejano al 61,8% de mujeres que presentan el trastorno en el presente estudio, siendo esta la segunda variable con valores significativos dentro de esta investigación. La disonancia se debería a que la investigación de los autores referidos se realizó en Cuenca en una zona urbana, mientras que nuestra investigación se enfocó en todo el cantón Nabón.

No se encontró asociación con otras variables, lo cual se infiere está asociado a que en Ecuador los estudios acerca de este trastorno son escasos, haciendo hincapié en el estudio realizado por Anchundia, Montes y Rodríguez (2022) en donde menciona que se ha hecho evidente la escasez de investigaciones en materia de salud mental en el contexto ecuatoriano, al mismo tiempo que menciona que las investigaciones en esta área de salud requieren grandes esfuerzos tanto de profesionales como instituciones de educación superior. Debido a que en ocasiones la población no tiene conocimiento, ni información acerca de la salud mental, por lo tanto, no están sensibles a la presencia de síntomas que pueden estar interfiriendo en su diario vivir.

## **Conclusiones**

El desarrollo del presente estudio permitió cumplir con el objetivo de identificar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el cantón Nabón, 2021, a través del instrumento MINI, apartado G.

La prevalencia del TOC fue de 7,59%, donde las mujeres representaron el 61,8%.

El TOC tuvo una relación significativa con la variable sociodemográfica “deuda familiar” ( $p=0,001$ ).

Existieron barreras para identificar la salud mental en la población evaluada, sin embargo, se pudo adaptar exitosamente la entrevista, utilizando un lenguaje adecuado y claro para la población, lo cual permitió realizar un trabajo investigativo oportuno.

Esta investigación nos permitió tener un acercamiento al estado de la salud mental de la población de Nabón, de la misma manera, se plantea la necesidad de servicios de atención psicológica continua dentro del cantón.

## **Recomendaciones.**

Tras lo expuesto en este trabajo de investigación se recomienda actualizar los estudios sobre las enfermedades en la población ecuatoriana.

Realizar programas de prevención que acerquen a la población a conocer sobre la salud mental, para evitar situaciones de riesgo o eventos detonantes de enfermedades psicológicas.

Brindar espacios que permitan una atención psicológica continua y desestigmatizar las creencias erróneas sobre las enfermedades mentales.

Promoción de la salud mental en espacios cuyo objetivo sea permitir a la población realizar actividad física y vinculación con la sociedad, a través de programas realizados con el GAD del cantón.

## Bibliografía

Alcaldía. (2022). Datos del cantón – GAD Municipal de Nabón. Recuperado a partir de

<https://www.nabon.gob.ec/datos-del-canton/>

American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anchundia-López, E. A., Montes-Pérez, A. J., y Rodríguez-Zambrano, A. D. (2022). Salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano: Un estudio de revisión. *Revista Científica y Arbitrada de Ciencias Sociales y Trabajo Social: Tejedora*. ISSN: 2697-3626, 5(10), 100-115. doi:10.56124/tj.v5i10.0056

Arrieta, M. J. A., y Barboza, V. M. (2014). Trastorno obsesivo compulsivo en la población infanto-juvenil pasantía en unidad de psiquiatría del hospital México, 12.

Baculima Pintado, L. P., Ñamagua Quito, A. B., y Sánchez Guamán, M. C. (2014). Trastornos psiquiátricos no diagnosticados en pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-2014. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21059>

Barrios, I., Miltos, V., Piris, A., Piris, G., Ramírez, C., Rodríguez, J., Torales, J., et al. (2016). Mental health screening using the MINI test in medical basic sciences students National University of Asuncion. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 48(1), 59-68. doi:10.18004/anales/2015.048(01)59-068

Camacho, L. J. M. (2006). Los diagnósticos y el DSM-IV, 32.

Caraveo-Anduaga, J. J., y Bermúdez, E. C. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico city. *Salud Mental*, 27(2), 6.

Foghini, F., y Roldán, L. (2010). Trastorno Obsesivo•Compulsivo: Hacia Un Modelo Integrador.

Recuperado agosto 7, 2022,

Gili, M., García Campayo, J., y Roca. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe

SESPAS 2014 | Lector mejorado de Elsevier. doi:10.1016/j.gaceta.2014.02.005

Gómez, A. G., Ruiz, P. C., Pérez-Romero, M. L., Romero, P., Pérez, M. T. T., y Carrascosa, A.

M. (2018). El trastorno obsesivo compulsivo (toc) en la infancia y adolescencia, 6.

Interiano, J., y Reyes, E. N. (2016). Trastorno Obsesivo Compulsivo en Atención Primaria en

Salud, 6.

Lochner, C., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A.,

Knowles, J. A., Niehaus, D. J. H., et al. (2004). Corrigendum to «gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings» [Eur. Neuropsychopharmacol. 14

(2004) 105-113]. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 14(5), 437-445.

doi:10.1016/j.euroneuro.2004.05.002

Lovell, K., Bower, P., Gellatly, J., Byford, S., Bee, P., McMillan, D., Arundel, C., et al. (2017).

Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive-compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-behaviour therapy: 3-arm randomised controlled trial of clinical effectiveness. (P. J. Hay, Ed.) *PLOS Medicine*, 14(6), e1002337. doi:10.1371/journal.pmed.1002337

Martínez, A. S., Gómez, J. M., Galdámez, G. L., y Araujo, D. R. (2019). Revista salud regional,

año 2, número 2, Enero-Junio 2019, El Salvador, 40.

- Martínez, M. (2016). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 2(1). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4197>
- Navarro-Mancilla, Á. A., Rueda-Jaimes, G. E., López, P. A. C., López, J. A. F., Sánchez, M. E., y Díaz-Martínez, L. A. (2011). Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio\*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 279-288. doi:10.1016/S0034-7450(14)60124-4
- Richardson, T., Elliott, P., y Roberts, R. (2013). The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1148-1162. doi:10.1016/j.cpr.2013.08.009
- Rodríguez Ferret, N. (2018). Bases biológicas de la fisiopatología y la farmacología del trastorno obsesivo-compulsivo de inicio en la infancia y la adolescencia. Influencia de la genética y la desregulación inmunológica. Universitat de Barcelona. Recuperado a partir de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/126835>
- Simpson, H. B., Stein, M. B., y Hermann, R. (2013). Obsessive-compulsive disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, 9.
- Taylor, S., Jang, K. L., y Asmundson, G. J. G. (2010). Etiology of obsessions and compulsions: a behavioral-genetic analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 672-682. doi:10.1037/a0021132
- Valle, J. S. L., y Jiménez, S. R. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *MEDICINA U.P.B.*, 12.

Vallejo, M. Á. V. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo, 9.

Villalobos, N. D. L. C. (2018). Trastorno Obsesivo- Compulsivo. *Revista Medica Sinergia*, 3(11), 14-18. editorial medica esculapio. doi:10.31434/rms.v3i11.154

## Anexos

### *Anexo 1 Consentimiento Informado*

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

“Salud mental en el Cantón Nabón”

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 PHD. Yolanda Dávila Pontón profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay. La meta de este estudio es conocer como se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contesta una entrevista que le tomara aproximadamente 40 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 parecen 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 Dra. Yolanda Dávila Pontón. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental de la población.

Me han indicado también que tendré que responderá a una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 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 Yolanda Dávila directora de la investigación a al teléfono 0995888021.

-----  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha (en letras de imprenta)

*Anexo 2 Ficha Sociodemográfica***INFORMACIÓN GENERAL.**

Ficha

--

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

Nombre del entrevistador.....

Comuna .....

1.- Etnia

1 <input type="checkbox"/> Indígena	2 <input type="checkbox"/> Mestiza	3 <input type="checkbox"/> Blanca	4 <input type="checkbox"/> Otra
-------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

2.- Género

1 <input type="checkbox"/> Masculino	2 <input type="checkbox"/> Femenino
--------------------------------------	-------------------------------------

3.- Edad: \_\_\_ años cumplido

**4.- Años de estudio**

- |   |                                                                                 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Sin escolaridad                                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> Educación básica incompleta (< 10 de años estudio)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> Educación básica incompleta (10 o más de años estudio) |
| 4 | <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto (< 3ro bachillerato)           |
| 5 | <input type="checkbox"/> Bachillerato completo (3ro de bachillerato aprobado)   |
| 6 | <input type="checkbox"/> Nivel tecnológico (años aprobados)                     |
| 7 | <input type="checkbox"/> Nivel superior completo (años aprobados – completo)    |
| 8 | <input type="checkbox"/> Nivel postgrado                                        |

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

- 1  Vive con ambos padres y hermanos  
 2  Vive con su esposo (a) pareja  
 3  Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)  
 4  Vive sólo con el padre o la madre  
 5  Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos  
 6  Vive solo  
 7  Vive con amigos (as)  
 8  Vive con tíos y/o abuelos  
 9  Otros, indicar con quién: .....

**6.- Estado civil actual:**

- 1  Soltero/a Unión  
 2  de hecho  
 3  Casado/a  
 4  Separado/a (de hecho)  
 5  Divorciado/a (legalmente)  
 6  Viudo/a

¿Vive con su pareja?  Sí  No

**7.- ¿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  Laboralmente activo (jornada completa)  
 2  Laboralmente activo (media jornada)  
 3  Laboralmente activo (ocasionalmente)  
 4  Dueña de casa (sin actividad laboral)  
 5  Estudiante  
 6  En formación/cambio de actividad  
 7  Servicio militar  
 8  Cesante (estuvo trabajando)  
 9  Jubilado/a  
 10  Otro: \_\_\_\_\_

**8.- ¿Tiene un familiar directo que ha migrado?**

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

Sí  No  Migración interna  Migración externa

**9.- Identifique quién  
migro y el tiempo**

- 1  Padre  
 2  Madre  
 3  Ambos padres  
 6  Esposo (a) pareja  
 7  Hermanos  
 8  Abuelos o tíos  
 9  Otros (indicar quién): .....

**9.1.- ¿Quién  
migró?**

**9.2.- ¿Cuánto tiempo?**

- 1  Menos de un año  
 2  1 a 5 años  
 3  6 a 10 años

**10.- Algún miembro de la familia ha recibido tratamiento medico  
por alguna enfermedad mental**

Sí  No

**Endeudamiento**

**11.1.- Tiene deudas la familia en el caso que la respuesta  
sea Sí, elija cuántos miembros estan endeudados**

Sí  No  Número de miembros .....

**11.2.- De todos los ingresos, cual es el porcentaje destinado a pagar la  
deuda**

- 1  Menos de la cuarta parte  
 2  Cuarta parte  
 3  Mitad  
 4  Más de la mitad  
 5  Todo  
 6 Necesita más dinero

Sí  No

**12.- ¿Se ha sentido discriminado o excluido por otras personas?**

**12.1.- ¿Por qué causa o motivo usted se ha sentido discriminado o excluido?**

- 1  Etnia  
 2  Discapacidad  
 3  Urbano – rural  
 4  Religión  
 5  Otros           Especifique: .....

**13.- ¿Realiza actividad física o ejercicio**

Sí  No

**programado? 13.- ¿Qué tiempo dedica a la**

- 1  Inferior a 30 minutos al día (2 o 3 veces por semana cuando no es todos los días)  
 2  Igual a 30 minutos o más al día

**14.- ¿Cuál es la intensidad de la actividad física?**

1	Leve	2 <input type="checkbox"/>	Moderado	3	Intensa
---	------	----------------------------	----------	---	---------

**15.- ¿Ha sentido que su estado psicológico se ha afectado por la pandemia?**

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------

Anexo 3: MINI, Apartado G

**\_ TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**

(! SIGNIFICA: IR A LA CAJA DE DIAGNÓSTICO, CIRCULAR NO Y PASAR AL SIGUIENTE MÓDULO)

G1a	En el último mes, ¿le han molestado pensamientos, impulsos o imágenes no deseadas, de mal gusto, inapropiadas, intrusivas o angustiosas? - (Por ejemplo, la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o miedo a contaminar a otros, o miedo a dañar a alguien aunque te moleste o te angustie, o miedo a actuar por impulso, o miedo o supersticiones de que serías responsable de que las cosas salieran mal, o obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o obsesiones religiosas.)	NO —	SI
PASEMOS A G3 una			
G1b	En el último mes, ¿intentó suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos o reducirlos con algún otro pensamiento o acción?	NO —	SI
PASEMOS A G3 una			
<p>( NO INCLUYA PREOCUPACIONES SIMPLEMENTE EXCESIVAS ACERCA DE PROBLEMAS DE LA VIDA REAL. NO INCLUYA OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON ACOPLAMIENTO, TIRAR EL CABELLO, PEGARSE LA PIEL, TRASTORNO DISMORFICO CORPORAL, TRASTORNOS ALIMENTARIOS, DESVIACIONES SEXUALES, JUEGOS PATOLOGICOS O ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS PORQUE EL PACIENTE PUEDE DERIVAR SOLO POR RESISTENCIA DE SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.)</p>			

G2 ¿Seguían volviendo a su mente incluso cuando intentaba ignorarlos o deshacerse de ellos? NO  
SI

obsesiones

G3a	En el último mes, ¿se sintió impulsado a hacer algo repetidamente en respuesta a una obsesión o en respuesta a una regla rígida, como lavar o limpiar en exceso, contar o revisar las cosas una y otra vez, o repetir o arreglar las cosas? u otros rituales supersticiosos?	NO —	SI
PASEMOS A G4			
G3b	¿Se realizan estos rituales para prevenir o reducir la ansiedad o la angustia o para evitar que suceda algo malo y son excesivos o irrazonables?	NO	SI
compulsiones			

G4 ¿SI? SON ( G1a Y G1b Y G2 ) O ( G3a Y G3b ) CODIFICADO NO SI

G5 En el último mes, ¿estos pensamientos obsesivos y / o conductas compulsivas causan una angustia significativa, o interfieren con su capacidad para funcionar en el hogar, en

NO	SI
<b>TQC ACTUAL</b>	
<b>VISIÓN:</b>	
BUENO O JUSTO	?
POBRE	?
AUSENTE	?
Engañoso	?

el trabajo, en la escuela o socialmente o en sus relaciones o de alguna otra manera importante o tomaron más de una hora al día?

Y

ES " DESECHE LA CAUSA ORGÁNICA ( **O2 RESUMEN** ) " CODIFICADO ¿SI?

( COMPRUEBE QUE NO HAYA SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS QUE COMIENZAN DENTRO 3 SEMANAS DE INFECCIÓN)

ESPECIFIQUE EL NIVEL DE VISIÓN Y SI EL EPISODIO ESTÁ RELACIONADO CON TIC.