



Universidad del Azuay

Facultad de psicología

Carrera de psicología clínica

**Prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y
otros factores en el cantón Gualaceo, 2022**

Autora:

Katherine Thalía García contreras

Director:

Yolanda Dávila

Cuenca – Ecuador

2023

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a mi familia, a mi hermana mayor que ha sido una gran inspiración para seguir psicología clínica, también una dedicatoria especial a mis padres quienes me han apoyado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, han sido el pilar fundamental al demostrar su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. Sé que este momento es muy especial para ellos como para mí. Los amo y agradezco infinitamente.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradezco a mis padres y mi familia por brindarme el apoyo necesario para culminar mi etapa académica, agradezco a mis profesores los cuales me han brindado su conocimiento para poder llegar a ser una gran profesional de la salud mental, agradezco a mi gato Félix el cual ha sido testigo de mis altos y bajos en el proceso académico, agradezco también a Mateo quien estuvo a mi lado apoyando y brindándome todo lo que estaba a su alcance de manera incondicional, y por último y no menos importante me agradezco a mí misma por no desistir, por creer en mí, darme el valor y poder conseguir una beca del 50% siendo parte del coro polifónico de la universidad el Azuay, estoy orgullosa de mí y de la persona en la que me he convertido gracias al entendimiento y experiencia que me ha brindado la vida.

Gracias.

Resumen

El presente trabajo de investigación fue transversal analítico que tuvo por objetivo conocer la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en el cantón Gualaceo. La muestra estuvo conformada por 838 individuos, siendo 546 mujeres y 291 hombres y uno del apartado otro. En el estudio participaron personas mayores de 19 años en adelante. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista neuropsiquiátrica para adultos (MINI módulo H), también se utilizó FFSIL, AUDIT y una ficha sociodemográfica en la que se indago: etnia, género, edad, años de estudio, convivencia, migración de algún familiar, enfermedad mental de algún familiar, discriminación, actividad física, actividad laboral, afectación del estado psicológico durante la pandemia. Los resultados demostraron que la prevalencia del trastorno estuvo presente en 73 (8.7%) individuos, el trastorno estuvo asociado a las siguientes variables sociodemográficas: discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia y escolaridad.

Palabras clave: medición, palabras claves: trastorno obsesivo compulsivo, población rural, psicopatología., salud mental

Abstract:

This research work was cross-sectional analytical that aimed to know the prevalence of obsesivo- compulsive disorder and its associated factors in Gualaceo. The sample consisted of 838 individuals, 546 women and 291 men and one who marked the "other" section of the survey. The study included people aged 19 or older. For the data collection, the neuropsychiatric interview for adults (MINI módulo H) was obtained, as well as FFSIL, AUDIT and a sociodemographic file that was investigated: ethnicity, gender, age, years of study, coexistence, migration of some family, mental illness of a family member, discrimination, physical activity, work activity, affectation of the psychological state during the pandemic. The results showed that the prevalence of the disorder was present in 73 (8,7%) individuals, the disorder was associated with the following sociodemographic variables: discrimination, psychological state affected by the pandemic, and achooling.

Keywords: Keywords: obsesivo-compulsive disorder, measurement, mental health, psychopathology., rural population.



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

Este certificado consta de: 1 página

Índice	
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
Resumen	iii
Abstract:	iv
Introducción	1
1. Trastorno obsesivo compulsivo	2
1.1. Causas del trastorno obsesivo compulsivo:	4
• Exposición y prevención de respuesta (EPR)	8
Metodología	9
1.1. Tipo de estudio	9
1.2. Población y muestra:	9
1.3. Instrumentos	10
1.4. Procedimientos	11
1.5. Consideraciones estadísticas y plan analítico	11
1.6. Consideraciones éticas	12
Capítulo III	13
Resultados	13
Tabla 2.	17
Tabla 3.	17
Discusión:	19
3.2 Recomendaciones	20
Conclusión:	21
Bibliografía	22
Anexos	25
Salud mental en el cantón Gualaceo	25

Índice de tablas

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas y prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2021	13
Tabla 2. Frecuencia de la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.	17
Tabla 3. Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador, 2022.	17

Índice de Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado	35
Anexo 2 Ficha Sociodemográfica	37
Anexo 3 MINI- Apartado G	42

Introducción

El trastorno obsesivo compulsivo es una problemática clínica que causa gran disfuncionalidad en las personas que la padecen, generando pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos los cuales tienen como objetivo calmar o ansiedad sentida.

Esta investigación tiene el propósito de identificar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) que se dará lugar en el primer capítulo. Hablará sobre los conceptos, las causas, los factores, las consecuencias, la prevalencia y tratamientos que ayudarán con el estudio que se realizó en el cantón Gualaceo. Se explicará también cómo se identifica el trastorno en el DSM-V, la relación que tiene con otras enfermedades que al igual que el TOC dificultan el logro de tener una buena calidad de vida.

Se señalará los tipos de manifestaciones clínicas, la clasificación de los tipos y los subtipos. El desarrollo y los porcentajes aproximados para considerar presentaciones subclínicas. Se abordará sobre los distintos fenómenos psicopatológicos y sus diferenciaciones con otros trastornos. Y para finalizar el primer capítulo se mostrarán los distintos tratamientos adecuados para evitar la cronicidad del trastorno.

También se dará a conocer el tipo de estudio, la población que estará conformada para realizar la investigación y finalmente la muestra. Por otro lado, se mencionarán los instrumentos utilizados, los diferentes procedimientos, las consideraciones estadísticas y éticas, todo esto en el capítulo segundo.

En el tercer capítulo se tomará en cuenta los resultados encontrados en la investigación, se mostrarán los anexos con las tablas, sus variables, la frecuencia y los porcentajes de cada una. También se realizará una discusión con diferentes referencias con las cuales se podrá identificar relaciones con la investigación realizada sobre el TOC.

Para finalizar se darán algunas recomendaciones de prevención y promoción de la salud mental y se dará la conclusión del estudio realizado en el cantón Gualaceo.

Capítulo I

1. Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea que causa una gran disfuncionalidad en las personas que la padecen. Se han descrito las manifestaciones clínicas del mundo del obseso compulsivo a lo largo de la historia, Lozano-Vargas (2017) menciona que en este trastorno se “destaca la presencia de la pérdida del orden monárquico de la mente normal, presentan varios fenómenos representados por determinados pensamientos, imágenes, sentimientos o impulsos, se presentan en el foco de la conciencia en despecho de la voluntad, generando malestary angustia, lo que conocemos como obsesión. Los pacientes reconocen estos fenómenos como irracionales, falsos o infundados; sin embargo, son impotentes de tomar distancia de ellos y de negarles poder. De esta manera, se ocupan de la obsesión de modo interminable desarrollando actoscompulsivos, simples o complejos (rituales), causándoles gran disfuncionalidad.

Según estudios epidemiológicos realizados en países desarrollados, se estima que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) oscila entre el 1 y el 4% en niños y adolescentes Estos datos sugieren una tasa similar a la encontrada en población adulta, que se sitúa en torno al 2,5% (Pisani Francesca, s. f.) En España los datos epidemiológicos recientes en poblacióninfanto-juvenil muestran una prevalencia estimada de 1,8% para el TOC clínico y de 5,5% para el TOC subclínico (Canals, Hernandez-Martinez et al., 2012).

La sociedad ecuatoriana al igual que algunos países latinoamericanos no tiene una idea clara sobre la salud mental. El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un mal que afecta a la población mundial y Ecuador no es la excepción. La poca difusión acerca del TOC en este país ha creado una sociedad que juzga y no comprende a las personas que lo padecen afectando así su calidad de vida. Algunos de ellos son vistos como raros y otros como locos, sin embargo, esta situación sería diferentesi el Ministerio de Salud Pública del Ecuador o estamentos gubernamentales se encargaron

de difundir y enseñar a la sociedad la importancia de comprender, entender y respetar a personas que padecen TOC (Olalla León, Andrea Giuliana, 2013).

No se encuentran datos estadísticos del Trastornos obsesivos compulsivos y factores que estén asociados a nivel del cantón Gualaceo. También es necesario mencionar que el TOC es una de las causas que dificulta la salud en diferentes ámbitos como familiares, sociales y económicos, los cuales perjudican directamente al individuo y a su entorno a corto y a largo plazo.

Al no encontrar datos estadísticos de la población se considera importante llevar a cabo esta investigación para dar a conocer la prevalencia del TOC y sus factores asociados.

Por otro lado, la pandemia mundial del COVID-19 ha iniciado muchos cambios considerables en las personas ya que conlleva mucha intriga y diferentes maneras rutinarias que se realizan en el día a día. La salud mental se ha visto muy afectada y se afirma por medio de resultados realizados, que los síntomas de estrés, ansiedad y depresión han aumentado considerablemente con la presencia de la pandemia.

Según Mayo Clinic (2022) Es importante recalcar también que estos síntomas han llevado a aumentar el consumo más frecuente de alcohol o drogas en las personas, teniendo en cuenta que la ansiedad y la depresión pueden empeorar.

El TOC genera consecuencias en la salud mental de los pacientes, ocasionando que estos tengan gran dificultad al momento de desenvolverse en diferentes situaciones.

Este trabajo de investigación fue transversal analítico que tuvo por objetivo conocer la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en el cantón Gualaceo. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista neuropsiquiátrica para adultos (MINI) y una ficha sociodemográfica género, edad, estado civil, nivel instrucción, situación laboral, migración de un miembro del grupo primario, actividad física, violencia, funcionamiento familiar, afectación psicológica por la pandemia. Los resultados demostraron que la prevalencia del trastorno estuvo presente en 73 (8.7%) individuos, el trastorno estuvo asociado a las siguientes variables sociodemográficas: familias disfuncionales o severamente disfuncionales, discriminación, estados psicológico afectado por la pandemia, escolaridad (ninguna, básica, completa e incompleta)

1.1. Causas del trastorno obsesivo compulsivo:

Existen varias causas que explican el TOC entre ellas están: factores biológicos y ambientales, los mismos que se explican a continuación:

Dentro de los factores biológicos se menciona que los neurotransmisores (sistema serotoninérgico, sistema noradrenérgico, neuro inmunológico), la neuroimagen (alteraciones de la corteza orbitofrontal, caudado y tálamo) y la genética (de la cual no se ha encontrado un componente genético significativo) son muy significativos para que el TOC pueda aparecer.

“Se encuentran los factores conductuales donde los pensamientos que eran neutros se convierten en generadores de ansiedad. Al contrario, las compulsiones reducen esta ansiedad” (De La Cruz Villalobos, 2018)

Rodríguez y Escolano (2015) sugieren que la corriente cognitiva va enfocada en los procesos mentales tal como el aprendizaje, los pensamientos, y sobre todo como el análisis de la información previamente adquirida en los esquemas o constructos mentales (estructuras que determinan la organización de las experiencias, adquiridas durante el desarrollo) afectan en el comportamiento de un individuo ante una situación nueva.

Mientras que el modelo conductual menciona que los trastornos y conductas disyuntivas son de carácter aprendido relacionados a diferentes experiencias negativas entre el individuo y el entorno, estas interacciones pueden influir y ser afectadas por los constructos mentales, la conducta y emociones, que al establecer una reciprocidad entre las interacciones el individuo las utiliza para eliminar los patrones inadaptativos (Vázquez, 2000).

1.2. Factores relacionados con la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo:

Existen estudios que relacionan la aparición del trastorno con factores perinatales, factores relacionados con el ciclo reproductivo de la madre y factores relacionados con eventos traumáticos o estresantes (Morales Rodríguez et al., 2016)

Según Sarasa-Renedo et al (2014) hay muchos otros factores que pueden influir para la aparición del trastorno, los ambientales, como el abuso y/o dependencia de sustancias. En cuanto al consumo de alcohol, en el estudio epidemiológico, llevado a cabo con una gran muestra de personas procedentes de población general, se observó que entre las personas que cumplían criterios diagnósticos para el TOC (N=114), el 34,7% tenían un problema con el consumo de alcohol (el 20,2% manifestaba dependencia al alcohol y el 14,5 % hacía un uso peligroso). Este porcentaje es parecido al 38,6% hallado por Ruscio (2010), siendo en este caso la dependencia del 23,7%. No obstante, estas tasas de prevalencia son superiores al 14,1% observado por Adam (2012) y 24% encontrado por

Karno (1988) en otro importante estudio epidemiológico anteriormente citado.

Según Zimmerman (2021) también menciona que el Trastornos de personalidad tienen alta comorbilidad con el TOC. Algunos autores manifiestan que la coexistencia entre los dos fluctúa entre el 50 y el 65% Baer y Jenike (1992), Summerfeldt, Huta y Swinson, (1998). Los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados al TOC son el evitador, dependiente, histriónico, y el esquizotípico, mientras que el Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo (TOC) es el menos frecuente.

1.3. Consecuencias del trastorno obsesivo compulsivo:

Según el DSM-V, se considera obsesión cuando se trata de ignorar los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes, realizando algún otro tipo de pensamiento o acto para así lograr neutralizarlo. Entre las obsesiones más comunes están: el tener miedo a contaminarse o a los gérmenes, el miedo a perder algo, el miedo a descontrolar su comportamiento, a los pensamientos agresivos y al deseo de mantener las cosas en orden o simétricas.

Dichos actos o comportamientos se realizan con el fin de suprimir o aminorar la ansiedad, la cual es el resultado de estos pensamientos obsesivos.

De entre estas compulsiones, las más comunes que se han visto son el lavarse las manos, ordenar de manera particular, comprobar sus actos excesivamente como, por ejemplo: cerrar las puertas, apagar los focos, las hornillas, comprar o contar compulsivamente.

Zimmerman (2021) hizo la diferencia entre tres tipos de manifestaciones clínicas: (1) rituales compulsivos con obsesiones, (2) lentitud compulsiva sin rituales visibles (la lentitud se debe a las numerosas repeticiones que el paciente hace al realizar una tarea) y (3) obsesiones.

Así mismo se han identificado cinco subtipos: (1) compulsiones de limpieza/lavado, (2) compulsiones de comprobación, (3) otro tipo de compulsiones manifiestas (repetición reiterada de determinadas conductas, seguir una secuencia al realizar una conducta), (4) obsesiones no acompañadas por conducta compulsiva manifiesta y (5) lentitud obsesiva primaria (realizar alguna actividad de forma pausada y lenta), (Silva y Rachman 1992).

Los tipos más frecuentes son; ideas de contaminación, dudas sobre posibles daños o errores graves, violencia y agresión, orden o simetría, repetición y pensamientos inaceptables donde las obsesiones pueden implicar; aspectos religiosos, preocupaciones sexuales, creencia de que la conducta de uno afectará de forma negativa a otros, pensamientos acerca de la muerte de alguien u obsesiones somáticas, (Cruzado, 2014). Por último, Lee y Kwon (2003) clasificaron las obsesiones en dos tipos: (1) autógenas y (2) reactivas. Las obsesiones autógenas son aquellas que aparecen

súbitamente, sin que sea fácil identificar los estímulos evocadores. Se perciben como egodistónicas, irracionales y aversivas. Por otro lado, las obsesiones reactivas son evocadas por estímulos externos identificables y se perciben como realistas y racionales.

Según estos autores, las obsesiones autógenas llevan a que la persona emplee estrategias de evitación para controlar los pensamientos y las reactivas dan lugar a estrategias de confrontación.

Aunque no existe un consenso respecto las características definitorias de las obsesiones, Clark (2004) ha postulado las siguientes:

1. **Intrusividad:** el pensamiento, imagen, sensación o impulso invade repentina y repetitivamente en la conciencia de la persona, en contra de su voluntad.
2. **Inaceptabilidad:** la obsesión es inaceptable para la persona que la experimenta, afectando de forma negativa a su estado de ánimo. El efecto negativo que producen puede oscilar desde la molestia o desagrado, llegando a niveles elevados de miedo o ansiedad. Además, pueden generar otras emociones negativas.
3. **Resistencia activa:** la persona intenta voluntariamente eliminar o disminuir la obsesión, o evitar que acceda a la conciencia. Para ello, pone en marcha conductas de evitación, estrategias de control cognitivas o conductuales.
4. **Incontrolabilidad:** aunque inicialmente las personas que experimentan obsesiones tienen la sensación de control sobre ellas, estas son prácticamente incontrolables, debido a su naturaleza intrusiva.
5. **Egodistonía:** en un gran porcentaje de los casos, el contenido del cual versa la obsesión es contrario a los valores de la persona que la experimenta. Pero, además, la egodistonía asociada a la obsesión se explica por la intrusividad, inaceptabilidad, resistencia e incontrolabilidad antes mencionadas. Una explicación más detallada del papel de la egodistonía en el TOC se incluirá más adelante.

1.4. Comorbilidades

Según Lozano- Vargas (2017) Comorbilidad y dimensiones en el TOC Se ha descrito en diferentes estudios la comorbilidad de diversos trastornos psiquiátricos con el TOC como los siguientes: trastorno depresivo (TD), trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de fobia social (TFS), trastorno de pánico (TP), trastorno por agorafobia (TA), fobias específicas (FE), trastorno de ansiedad de separación (TAS), trastorno bipolar (TB), trastorno dismórfico corporal (TDC), tricotilomanía (TTM), trastorno de excoriación (TE), trastorno de tics (TT), trastorno de conducta alimentaria (TCA), trastorno de control de impulsos (TCI) y el trastorno por uso de

sustancias (TUS) (8).

A este trastorno se lo puede relacionar con otras enfermedades como trastorno bipolar, episodios maníacos, fobia social, trastornos de alimentación, depresión mayor, intento de suicidio, etc. Estas patologías al igual que el TOC dificultan el logro de tener una buena calidad de vida en los diferentes ámbitos Fallas (2018).

Vellosillo y Vicario (2015) señalan que el trastorno obsesivo compulsivo es una patología que se desarrolla de manera progresiva, por lo general se inicia en la infancia y en la adolescencia y puede convertirse en crónico debido a las altas tasas de persistencia Giraldez (2003). Aproximadamente, el 40% de los casos que comienzan en la niñez o continúan en la edad adulta, y el número aumenta al 60 % cuando se consideran presentaciones subclínicas Stewart (2004).

1.5. Fenómenos psicopatológicos:

Muchas veces, las obsesiones pueden ser difíciles de diferenciar de otros fenómenos cuya apariencia, en principio, puede resultar similar, y que son más propios de otros trastornos diferentes del TOC.

Beck (1967-1976), observó que sus pacientes con depresión clínica manifestaban un tipo de pensamientos de los que casi no eran conscientes, surgían de forma rápida y automática, y no eran voluntarios o de control consciente.

Al igual que las obsesiones, los pensamientos automáticos negativos aparecen de forma automática ante la presencia de un estímulo elicitor o en ausencia del mismo, es decir, espontáneamente. No obstante, a diferencia de aquellas, estos pensamientos se experimentan como autoafirmaciones negativas de contenido egosintónico (aceptado por la persona), de forma frecuentemente verbal, y no existe resistencia por parte del paciente para controlarlos.

Las obsesiones no son meras preocupaciones de la vida cotidiana que con frecuencia también son difíciles de eliminar de la mente. Las obsesiones tampoco se refieren a preocupaciones excesivas, características del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Si bien el TOC y el TAG comparten algunas características (Nestadt, Samuels, Riddle, Liang y Bienvenu, 2001).

Por otro lado, las obsesiones no son ideas delirantes. Los pacientes con TOC luchan contra sus ideas, consideran que sus pensamientos, imágenes o impulsos son excesivos y racionalmente injustificables. Por el contrario, los pacientes psicóticos se identifican con sus ideas, consideran sus delirios como creencias verdaderas totalmente justificadas, (Oulis, Konstantakopoulos, Lykouras, y Michalopoulou, 2013).

Finalmente, como se comentaba anteriormente, aunque las obsesiones se describen como fenómenos psicopatológicos diferentes, la línea que los separa no es muy amplia. Esto dificulta la conceptualización y diagnóstico, y, por ende, tiene una evidente repercusión en el tratamiento.

1.1. Tratamiento:

Generalmente, y a lo largo del tiempo se ha podido observar que muchas de las personas que son diagnosticadas con este trastorno, no buscan ayuda psicológica; la mayoría temen ser juzgados como “locos” debido a las obsesiones que padecen y compulsiones que realizan. Sin embargo, es muy necesario que se aplique un tratamiento adecuado para evitar la cronicidad del trastorno.

El trabajo terapéutico va a consistir en el empleo de la terapia de exposición y prevención de respuesta (EPR) junto con la reestructuración cognitiva (RC), pero, primero se da una Psicoeducación la cual ayudará a conseguir los siguientes son los objetivos:

1. Explicar que el TOC es una enfermedad, no una debilidad en el carácter ni una fase en el desarrollo del niño o del adolescente.
2. Educar al niño o adolescente y a su familia acerca del TOC, ofreciéndoles estrategias de afrontamiento efectivas contra los síntomas.

Proseguimos con:

- **Exposición y prevención de respuesta (EPR)**

Por medio de esta terapia tendremos como objetivo provocar las obsesiones del paciente de una forma prolongada a través de la exposición a estímulos, mientras que al mismo tiempo se vayan bloqueando las conductas compulsivas habituales (Cruzado, 2014).

Esta exposición se puede realizar en vivo o de forma imaginaria. Al emplear la exposición en vivo, el terapeuta junto con el paciente elegirá una serie de situaciones donde se evoque la perturbación para cada obsesión que tenga. En cambio, cuando empleemos la exposición imaginaria, el paciente deberá imaginar aquellos contenidos (situaciones u objetos) que le provocan las obsesiones y con ello, el malestar. De esta forma, una vez esté pensando los contenidos problema, los tolerará hasta que se reduzca de forma significativa el malestar, para evitar así hacer uso de los rituales compulsivos o emplear la conducta de evitación (Valaer, 2015).

Metodología

1.1. Tipo de estudio

Esta investigación fue cuantitativa, de tipo transversal; y con un alcance analítico.

1.2. Población y muestra:

El universo estuvo conformado por la población del cantón Gualaceo, un total de 38.587 habitantes.

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

Se usó la fórmula muestral para poblaciones finitas y conocidas con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción esperada del 50%, el tamaño muestral fue de 817 habitantes, 435 mujeres y 382 hombres del cantón Gualaceo.

Para la ubicación de los individuos en el área geográfica se eligió de forma aleatoria las viviendas del Cantón; se definió que, para cada una de las viviendas seleccionadas, la unidad de análisis de la cual se levantó la información, fue de acuerdo a los estratos edad y sexo. En caso de que la vivienda aleatorizada no contenga 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 fue aleatorizada para otra unidad de análisis, cuando le correspondía, se utilizó nuevamente el criterio del vecino cercano.

1.3. Instrumentos

Ficha de identificación con las variables demográficas: género, edad, estado civil, instrucción, situación laboral actual, migración de un miembro del grupo primario, residencia, actividad física, violencia, funcionamiento familiar, afectación psicológica por la pandemia.

La entrevista neuropsiquiátrica para adultos (MINI) que fue elaborado por Y. Lecrubier, E. Weiller y otros colaboradores de la universidad de Florida, Tampa, en 1992, 1994, 1998. Para Barrios et al (2015) Este test es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales trastornos psiquiátricos del DSM-V y el CIE- 10, este estudio tiene resultados con validez y confiabilidad alta y puede ser administrada en un tiempo promedio de 18,7 a 11,6 minutos con una media de 15 minutos. El apartado que evalúa el TOC es el H que consta de 6 preguntas las cuales nos ayudan a reconocer los pensamientos, las ideas, las acciones o actos compulsivos que las personas que padecen este trastorno realiza cotidianamente.

El AUDIT, es un test corto que se usa para la identificación de desórdenes asociados al consumo, incluyendo la categoría de consumo problemático esta temporalizado para evaluar los hábitos de consumo de alcohol del último mes. La escala, está conformada por diez ítems, los primeros ocho se contestan a través de una escala Likert de frecuencia que consta de cinco opciones ordenadas en forma ascendente de 0,1,2,3, y 4 los ítems nueve y diez tienen tres opciones que se califican en forma ascendente con 0,2 y 4. El punto de corte para identificar a una persona con consumo de riesgo es un puntaje mayor a 8 puntos, mientras que el puntaje máximo es de 40 puntos (Kriston, Holzel y et al., 2008)

2. El FFSIL: Es un cuestionario de 14 ítems diseñado para evaluar las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica de los miembros de la familia. Las dimensiones que evalúa el instrumento son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad y adaptabilidad. Corresponde a una escala tipo Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). El resultado que se obtiene por la suma de los ítems es: de 70 a 42, familia funcional; de 42 a 14, familia disfuncional. La prueba es efectiva desde el

punto de vista de su contenido y consistencia interna. Los resultados relativos a la fiabilidad del instrumento son altos, puesto que se ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,8. En cuanto a la validez interna el resultado alcanzado del coeficiente Kappa es de 0,75 que es también considerado alto.

3. El cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool, está validado para la identificación precoz de posible maltrato, en el que se recogía la existencia de situaciones relacionadas con la violencia de género y existencia de malos tratos, tanto en el momento actual como en situaciones del pasado.

1.4. Procedimientos

Etapa uno: Implementación de test

Para la implementación de los instrumentos se procedió de la siguiente manera: Se aplicaron los test descritos previamente, bajo las consideraciones de pertinencia, aplicabilidad y reproducibilidad; manteniendo de manera estricta las consignas de su aplicación. Cuando se realizó la socialización del proyecto con la comunidad, se seleccionó a los participantes de forma aleatoria; posteriormente se aplicó la entrevista, por estudiantes de medicina y psicología, previamente capacitados en el tema de trastornos mentales y en el uso de las pruebas, en un tiempo no mayor a 30 minutos. La encuesta fue anónima y su aplicación se realizó luego de la firma del consentimiento informado.

1.5. 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 vaciaron en una base creada en el programa SPSS portable, versión 21. Se realizó 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 muestran una proporción superior al valor señalado. La significación estadística se estableció con Chi-cuadrado y, un valor p menor a 0,05. Se

realizó análisis multivariado para cada trastorno utilizando regresión logística; al modelo ingresaron los factores con asociación estadísticamente significativa.

1.6. Consideraciones éticas

Para realizar la investigación se requirió que los participantes firmen una ficha de consentimiento de forma voluntaria, la misma que tuvo como objetivo 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 información recolectada fue confidencial y no se utilizó para ningún otro propósito.

Capítulo III

Resultados

Se realizó un estudio transversal con una muestra polietápica de 838 individuos residentes en las comunidades del Cantón Gualaceo de los cuales, 546 correspondieron al sexo masculino y 291 al femenino y uno al apartado otro. La media de la edad en los hombres fue de 43.4 (DS 18); la mediana fue de 39 para un valor mínimo de 20 y máxima de 90. En las mujeres la media fue de 40.1 (DS 15.1), la mediana de 37 con una edad mínima de 20 y máxima de 87.

Tabla 1.

Descripción de las variables sociodemográficas y prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2021

Variables	Frecuencia	%	
Género	Mujer	291	34.7
	Hombre	546	65.2
	Otro	1	0.1
Etnia	Indígenas	35	4.2
	Mestizo	779	93.0
	Blancos	17	2.0
	Otro	7	0.8
	Sin escolaridad	35	4.2

	Menos de 10 años de estudios	261	31.1
	10 años de estudios	75	8.9
	Más de 10 años de estudios	59	7
Instrucción	Bachillerato aprobado	227	27.1
	Superior incompleto	69	8.2
	Superior completo	98	11.7
	Posgrados	14	1.7
	Vive solo	97	11.6
	Vive con ambos padres y hermanos	87	10.4
	Vive con padres, hermanos y otros familiares	40	4.8
Vive con	Vive solo con madre y padre	76	9.1
	Vive con pareja	293	25
	Vive con pareja e hijos	11	1.3
	Otros	234	27.9
	Viudo	39	4.7
	Soltero	296	35.3
	Unión de hecho	76	9.1
Estado civil	Separado de hecho	20	2.4
	Divorciado	70	8.4
	Casado	337	42.2

	Estudiante		
	Labora jornada completa	439	52
	Sin actividad laboral	144	17.2
Situación laboral	Trabajo ocasional	81	9.7
	Labora media jornada	111	13.2
	otros	47	5.6
	Jubilado	16	1.9
	Si	552	65.9
	No	286	24.1
	Interna	21	3.8
	Externa	531	96.2
	Padre	53	9.6
	Madre	17	3.1
Migración familiar	Ambos padres	29	5.2
	Esposo pareja	39	7.1
	Hermanos	260	47.1
	Madre hermanos	5	0.9
	Hijos	73	13.2
	otros	76	13.8
	Si	132	15.8
Familiar tratamiento enfermedad mental	No	706	84.2
	Si	426	50.8

Estado Psicológico afectado pandemia	No	412	49.2
	Si	357	42.6
Deuda familiar	No	481	57.2
	Menos de la mitad	161	45.1
Ingresos	De la mitad y mas	196	54.4
	Si	225	6.8
Discriminación	No	613	73.2
	Etnia	20	8.9
	Discapacidad	11	4.9
Motivo de la discriminación	Urbano - rural	33	14.7
	Religión	11	4.9
	otros	150	66.7
	Menos de 30 minutos	183	21.8
Tiempo que dedica hacer ejercicio	Igual o superior 30 minutos	249	29.7
	No realiza ejercicio	406	48.4
Respiración mientras hace ejercicio	Respira normal o aumenta poco	332	76.8
	Respiración rápida	100	23.1

Nota: La tabla N. 1 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. Los datos fueron tomados en una población entre los 20 a 60 años, en adelante.

Tabla 2.

Frecuencia de la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador 2022.

Trastorno		Frecuencia	%
Trastorno obsesivo compulsivo N=838 – 100%	Si	73	8.7
	No	765	93

Nota: La figura representa la relación de las variables sociodemográficas con la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en el cantón Gualaceo, 2022. Por Katherine García, 2022.

Tabla 3.

Relaciones entre las variables sociodemográficas y la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores asociados en la población rural del cantón Gualaceo Cuenca, Ecuador, 2022.

TOC	Intervalo de confianza 95%				
	Ch	p	OR	Menor	Mayor
Vivir solo	3.019	0.082	1.754	0.924	3.330
Soltero, separado, viudo, divorciado (*)	0.565	0.452	0.832	0.514	1.346
Etnia indígena	0.877	0.349	1.483	0.647	3.398
Género mujer	0.034	0.854	1.043	0.669	1.624
Sin educación - Básica complete	5.761	0.016	1.801	1.108	2.927

No trabaja - trabaja ocasionalmente	0.870	0.351	1.280	0.761	2.151
Migración familiar	3.217	0.073	1.651	0.950	2.869
Familiar con tratamiento de enfermedad mental	0.250	0.617	1.174	0.625	2.207
Deuda familiar	0.234	0.629	1.126	0.695	1.825
Ha sufrido discriminación	6.713	0.010	1.910	1.163	3.137
No realiza ejercicio programado	0.037	0.848	1.053	0.620	1.789
Audit	1.351	0.245	1.473	0.764	2.841
Estado psicológico afectado por la pandemia	17.041	0.000	2.995	1.742	5.148
Disfuncionalidad familiar	3.314	0.069	1.653	0.958	2.853

En la Tabla 3, las variables asociadas con la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo fueron: discriminación con Ch de 6.713, (0.010), el OR de 1.910, (IC 1.163 - 3.137), Estado psicológicos afectados por la pandemia con Ch de 17.041, (0.000), el OR de 2.995, (IC 1.742 - 5.148), y escolaridad con Ch de 5.761, (0.016), el OR de 1.801, (IC 1.108 - 2.927).

Discusión:

El presente estudio tuvo como objetivo medir la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo y sus factores en el cantón Gualaceo. En esta investigación se ha tomado una muestra de 838 habitantes destacando que la mayoría fueron hombres, con un porcentaje total de 65,2% y un totalidad de 34,7% fueron mujeres. Dentro la población estudiada se pudo evidenciar que hubo un número de 73 personas con un porcentaje del 8,7% que padecen el trastorno (TOC).

Las variables sociodemográficas asociadas al trastorno obsesivo compulsivo en este estudio fueron: discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia y escolaridad.

La prevalencia del TOC en este estudio fue de 8,7 % de la población, la cual se puede asociar a un estudio realizado en la universidad autónoma de Bucaramanga, Colombia, en donde Rueda- James y otros (2011), realizaron la entrevista clínica estructurada a 390 adolescentes con variable sociodemográfica asociada a la escolaridad, donde se demuestra que el trastorno obsesivo compulsivo tiene un porcentaje de 7,63% (IC 5,21 – 10,72) y comorbilidad con el trastorno depresivo mayor dando un porcentaje de 11,7% (IC 8,69 – 15,3). También se encontró la asociación del TOC con el trabajo en las adolescentes escolarizadas.

En otra investigación que fue realizada con varios estudios seleccionados y que se llevó a cabo en muchos países como Dinamarca (Nissen et al., 2020), China (Chen et al., 2020; Ji et al., 2020), India (Chakraborty & Karmakar, 2020), Italia (Prestia et al., 2020), Turquía (Tanir et al., 2020), Israel (Schwartz-Lifshitz et al., 2021), Estados Unidos (Wheaton et al., 2021), Canadá (Abba-Aji et al., 2020) y Alemania (Jelinek et al., 2020) se puede evidenciar de manera global el TOC durante la pandemia. Para esto se utilizaron diferentes escalas de evaluación para recoger información sobre la salud mental como el estrés, la ansiedad y la depresión. Sobre todo para recoger información sobre la pandemia y cambios adquiridos en el estilo de vida. En los resultados encontrados se observaron diferentes cambios en sujetos que padecían el trastorno anteriormente a la pandemia. Prestia et al. (2020) mencionó que el 13,33% de participantes que se encontraban en remisión de síntomas, volvieron a presentarlos durante la pandemia.

Por otro lado, también se mostró evidencia de que las personas que no podían trabajar o estudiar, que compartían vivienda y que tenían obsesión por la contaminación presentaban síntomas más elevados del TOC (Prestia et al., 2020).

3.2 Recomendaciones

En el Cantón es necesario que se brinden medidas de psicoeducación mediante charlas y capacitaciones sobre el trastorno obsesivo compulsivo, de manera que se conozca a fondo las causas, los factores, las convencías, etc, que podría traer este problema de salud.

Implementar actividades y técnicas las cuales generan diferentes métodos de afrontamiento para cada nivel de TOC en las diferentes personas, las cuales motiven a los pobladores a mantenerse en constante conocimiento y control de su padecimiento.

Desarrollar estrategias de bienestar psicológico a nivel familiar, para que la relación entre los miembros pueda ir fortaleciendo el lazo afectivo y cada vez cuentan más el uno con el otro.

Mejorar los hábitos alimenticios, con la finalidad de que los pobladores tengan una mejor calidad de vida

Conclusión:

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una condición clínica heterogénea que causa una gran disfuncionalidad en las personas que la padecen, es por esto que se realizó una ardua investigación, la cual tuvo como finalidad el demostrar la prevalencia y sus factores asociados. Gracias a los instrumentos utilizados se puso evidenciar que las variables: discriminación, estado psicológico afectado por la pandemia y escolaridad, fueron los principales factores influyentes para el desarrollo del trastorno. Mediante el ingreso de la información recaudada en la base de datos y el análisis estadístico se pudo poner en conocimiento que 73 individuos es decir el 8,7% padecen del trastorno (TOC).

Para concluir y teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente se han propuesto algunas técnicas e instrumentos para proceder de manera ética y llegar a los objetivos mencionados.

Bibliografía

Barrios, I., Miltos, V., Piris, A., Piris, G., Ramírez, C., Rodríguez, J., Torales, J., Rodríguez Andersen, G., & Arce, A. (2015). Tamizaje de salud mental mediante el test M.I.N.I. en estudiantes del ciclo básico de medicina de la Universidad Nacional de Asunción. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 48(1), 59–68. [https://doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)59-068](https://doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)59-068)

De La Cruz Villalobos, N. (2018). Trastorno Obsesivo- Compulsivo. *Revista Medica Sinergia*, 3(11), 14–18. <https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>

Giráldez, S. L. (2003). *LA PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA SU ESTUDIO*.

Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 80(1), 35. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i1.3058>

Mayo Clinic. (2022). *Síntomas y causas—Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112?p=1>

Morales Rodríguez, P. P., Medina Amor, J. L., Gutiérrez Ortega, C., Abejaro de Castro, L.F., Hijazo Vicente, L. F., & Losantos Pascual, R. J. (2016). Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. *Sanidad Militar*, 72(2), 116–124.

Pisani Francesca. (s. f.). *Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y adolescencia—PSISE*. Recuperado 18 de diciembre de 2022, de <https://psisemadrid.org/trastorno-obsesivo-compulsivo-en-la-infancia-y-adolescencia/>

Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014).

Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469–491. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000400004>

Sinchi Marcelo. (2021). *Trastorno obsesivo-compulsivo en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca 2021*.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/37038>

Vázquez Daniel, & López-Alberca Cristina. (2021). *Trastorno obsesivo-compulsivo en tiempos de COVID-19: Una revisión sistemática*.

<https://www.redalyc.org/journal/2710/271069891009/html/>

Vellosillo, P. S., & Vicario, A. F.-C. (2015). Trastorno obsesivo compulsivo.

Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 11(84), 5008–5014.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2015.07.010>

Wheaton, M. G., Messner, G. R., & Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorders*, 28, 100605. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100605>

Zheng Yage, Xiao Ling, Xe Yingping, Wang Huiling, & wang Gaohua. (2020).

Frontiers | Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban

Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19

Epidemic. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.594167/full>

Zirmemrman Mark. (2021). *Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOC)*—

Trastornos psiquiátricos. Manual MSD versión para profesionales.

<https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-obsesivo-compulsivo-de-la-personalidad-toc>

Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Salud mental en el cantón gualaceo

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 cómo se encuentra la salud mental de la población.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá contestar una entrevista que le tomará 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 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 la 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 responder 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 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 cumplidos

4.- Años de estudio

- 1 Sin escolaridad
- 2 Educación básica incompleta (< 10 de años estudio)
- 3 Educación básica incompleta (10 o más de años estudio)
- 4 Bachillerato incompleto (< 3ro bachillerato)
- 5 Bachillerato completo (3ro de bachillerato aprobado)
- 6 Nivel tecnológico (años aprobados)
- 7 Nivel superior completo (años aprobados - completo)
- 8 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
- 2 Unión 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: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar incluido/a usted?

8.- ¿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"/>
-----------------------------	-----------------------------	--	--

9.- Identifique quién migro y el tiempo 9.1.-

1	Padre
2 <input type="checkbox"/>	Madre
3	Ambos padres
6	Esposo (a) pareja
7	Hermanos
8	Abuelos o tíos
9	Otros (indicar quién):

¿Quién migró?

9.2.- ¿Cuánto tiempo?

1	Menos de un año
2 <input type="checkbox"/>	1 a 5 años
3	6 a 10 años

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

Endeudamiento

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

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

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

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

Sí No

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

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

13.- ¿Realiza actividad física o ejercicio programado?

Sí No

Qué tiempo dedica a la actividad física o ejercicio?

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

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

Sí No

G4 SON (G1a Y G1b Y G2) O (G3a Y G3b) CODIFICADO

¿SI? 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 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?

NO	SI
TOC ACTUAL	
VISIÓN:	
BUENO O JUSTO	<input type="checkbox"/>
POBRE	<input type="checkbox"/>
AUSENTE	<input type="checkbox"/>
Engañoso	<input type="checkbox"/>
RELACIONADOS CON TIC:	<input type="checkbox"/>

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.

Firma de responsabilidad (estudiantes)

Firma de responsabilidad (tutora)

Fecha de entrega: 01/07/2022

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

6

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

G1a	<p>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.)</p>	<p>NO SI — PASEMOS A G3 una</p>
G1b	<p>En el último mes, ¿intentó suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos o reducirlos con algún otro pensamiento o acción?</p> <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>	<p>NO SI — PASEMOS A G3 una</p>

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

G3a	<p>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?</p>	<p>NO SI — PASEMOS A G 4</p>
G3b	<p>¿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?</p>	<p>NO SI compulsiones</p>