



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**Frecuencia y características sociodemográficas de  
síntomas obsesivo-compulsivos en internos de  
Medicina humana, Universidad Nacional Mayor de  
San Marcos. 2023**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Jesús Gabriel ROSADIO PORTILLA

**ASESOR**

Juan Carlos OCAMPO ZEGARRA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Rosadio J. Frecuencia y características sociodemográficas de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de Medicina humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2023 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Jesús Gabriel Rosadio Portilla
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72905686
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0001-9411-8004">https://orcid.org/0009-0001-9411-8004</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Juan Carlos Ocampo Zegarra
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40435580
URL de ORCID	<a href="http://orcid.org/0000-0002-3317-9938">http://orcid.org/0000-0002-3317-9938</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Daniel Angel Angulo Poblete
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10196314
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Ybeth Luna Solis
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09929952
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Edith Maritza Paz Carrillo

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	25638918
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	No aplica.
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Diciembre 2022 - Marzo 2023
URL de disciplinas OCDE	Psiquiatría <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24</a>



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA




Firmado digitalmente por  
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE PELLA  
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 08.05.2023 17:05:43 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**


Siendo las 15:00 horas del día ocho de mayo del año dos mil veintitrés, en la Sala de Sesiones de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Daniel Angel Angulo Poblete (Presidente), Ybeth Luna Solis (Miembro), Edith Maritza Paz Carrillo (Miembro) y Juan Carlos Ocampo Zegarra (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada **“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS EN INTERNOS DE MEDICINA HUMANA, UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2023”**, presentado por don **Jesús Gabriel Rosadio Portilla**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de..... *gwinco* ( *15* ).

  
Mg. Daniel Angel Angulo Poblete  
Presidente

  
ME. Ybeth Luna Solis  
Miembro

  
ME. Edith Maritza Paz Carrillo  
Miembro

  
ME. Juan Carlos Ocampo Zegarra  
Asesor

  
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
Escuela Profesional de Medicina Humana  
  
D<sup>CA</sup>. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ  
Directora



**INFORME DE EVALUACIÓN DE ORIGINALIDAD: N°008/FM-EPMH/2023**

1. FACULTAD	:	Medicina
2. ESCUELA PROFESIONAL	:	Medicina Humana
3. AUTORIDAD ACADÉMICA	:	Directora Escuela Profesional de Medicina Humana
4. NOMBRE DE LA AUTORIDAD ACADÉMICA	:	Delgado Vásquez, Ana Estela
5. OPERADOR DEL PROGRAMA INFORMÁTICO	:	Angulo Poblete, Daniel Ángel
6. DOCUMENTO EVALUADO	:	Tesis

**“Frecuencia y características sociodemográficas de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de Medicina humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2023”**

7. AUTOR DEL DOCUMENTO	:	<b>ROSADIO PORTILLA, Jesús Gabriel</b>
8. FECHA DE RECEPCIÓN DEL DOCUMENTO EPMH:	:	02/04/2023
9. FECHA DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA	:	03/04/2023
10. SOFTWARE UTILIZADO	:	Turnitin

**11. CONFIGURACIÓN DEL PROGRAMA DETECTOR DE SIMILITUDES:**

- Excluye texto entrecorridos
- Excluye bibliografía
- Excluye cadenas menores a 15 palabras

**12. PORCENTAJE DE SIMILITUDES SEGÚN PROGRAMA DETECTOR DE SIMILITUDES:**

**4 % (CUATRO POR CIENTO)**

**13. FUENTES ORIGINALES DE LAS SIMILITUDES ENCONTRADAS:**

Anexo 1

14. OBSERVACIONES	:	Segunda evaluación
15. CALIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD	:	Documento CUMPLE con criterios de originalidad.
16. FECHA DEL INFORME	:	03/04/2023

  
**FIRMA DEL EVALUADOR**

 **UNMSM**  
Firmado digitalmente por DELGADO VASQUEZ Ana Estela FAU 20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 05.04.2023 10:07:56 -05:00  
**FIRMA DE LA DIRECTORA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, Luz y Jesús, por su apoyo incondicional durante toda una vida y su guía constante para llegar a ser la persona que soy. A mis hermanos Luz, Omar y Luis, por darme la motivación de ser un ejemplo a seguir. A la Facultad de Medicina “San Fernando”, por acogerme e iluminarme durante 7 años. Al Dr. Juan Ocampo Zegarra, por asesorarme durante la presente tesis. Finalmente, a la secretaria Frida Cruz Rojas, por su paciencia y su orientación durante este último trayecto.



## **DEDICATORIA**

A mi madre, Luz, de quien heredé su perseverancia; a mi padre, Jesús, quien se levantaba de madrugada para acompañarme durante mi internado; a mi hermana, Luz, quien es mi modelo de médico a seguir; a mi hermano, Omar, por sus útiles conocimientos. Finalmente, a mi hermano, Luis, de quien espero ser un buen guía.

# CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b> .....	4
<b>CAPÍTULO I</b> .....	9
1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación .....	9
<b>1.1.1 Descripción del problema - Introducción</b> .....	9
<b>1.1.2 Formulación del Problema</b> .....	11
1.2 Formulación de objetivos .....	12
<b>1.2.1 Objetivo general</b> .....	12
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	12
1.3 Justificación .....	12
1.4 Limitaciones del estudio.....	15
<b>CAPÍTULO II</b> .....	16
2.1 Marco teórico.....	16
<b>2.1.1 Antecedentes</b> .....	16
<b>2.1.2 Bases teóricas</b> .....	30
2.1 Diseño metodológico .....	58
<b>2.2.1 Diseño de estudio</b> .....	58
<b>2.2.2 Ámbito de estudio</b> .....	58
<b>2.2.3 Variables de estudio</b> .....	58
<b>2.2.4 Población de estudio</b> .....	58
<b>2.2.5 Recolección de datos</b> .....	60
<b>2.2.6 Aspectos éticos</b> .....	62
<b>2.2.7 Análisis de datos</b> .....	63
<b>CAPÍTULO III</b> .....	64
3.1 Cronograma.....	64
3.2 Presupuesto.....	66
<b>3.2.1 Recursos humanos</b> .....	66
<b>3.2.2 Recursos materiales</b> .....	66
<b>3.2.3 Recursos institucionales</b> .....	66
<b>3.2.4 Recursos económicos</b> .....	67
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	68
4.1 Resultados.....	68
4.2 Discusión .....	90
4.3 Conclusiones .....	102
4.4 Recomendaciones .....	103
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	104

<b>ANEXOS</b> .....	115
Anexo 1: Operacionalización de variables .....	115
Anexo 2: Consentimiento informado.....	116
Anexo 3: Cuestionario definitivo .....	120

## Resumen

**Introducción:** El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un problema de salud vigente con implicancias tanto personales como sociales en la población universitaria, específicamente en los estudiantes de Medicina; tales síntomas han incrementado de forma notoria debido al contexto de pandemia por COVID-19. Sin embargo, la evidencia con respecto de la prevalencia, características y severidad de este trastorno es limitada.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia, características sociodemográficas, dimensiones y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal entre febrero y marzo de 2022. Un total de 80 estudiantes respondieron el cuestionario Yale-Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo (Y-BOCS).

**Resultados:** el 27.5% de estudiantes presentaron síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos (puntaje Y-BOCS  $\geq 8$ ), caracterizados por la leve tendencia hacia el sexo masculino, edad 26 años, estado civil soltero y procedencia urbana. La dimensión Contaminación fue la idea obsesiva más prevalente con un 50%; mientras que la compulsión de Repetición fue la más frecuente con un 68.1%. En aquellos con síntomas, el 91% las presentaron una clínica leve; el 4.5%, moderada; y el restante 4.5%, clínica severa.

**Conclusiones:** Los internos de Medicina contaron con una prevalencia alta de síntomas obsesivo-compulsivos clínicamente significativos, caracterizados por ideas de Contaminación y actos de Repetición. La severidad de tales síntomas fue leve en la mayoría de los individuos.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo-compulsivo, Estudiantes de Medicina, Interno de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

## Abstract

**Introduction:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a current health problem with both personal and social implications in the university population, specifically in Medicine students; such symptoms have increased significantly due to the context of the COVID-19 pandemic. However, the evidence regarding the prevalence, characteristics, and severity of this disorder is limited.

**Objectives:** Determine the frequency, sociodemographic characteristics, dimensions and severity of obsessive-compulsive symptoms in final-year medical students at National University of San Marcos.

**Material and methods:** Observational descriptive cross-sectional study between February and March 2022. A total of 80 medical students answered the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

**Results:** 27.5% of the students presented clinically significant obsessive-compulsive symptoms (Y-BOCS score  $\geq 8$ ), characterized by a slight tendency towards the male sex, age 26 years, single marital status, and urban origin. The Contamination dimension was the most prevalent obsessive idea with 50%; while the Repeating compulsion was the most frequent with 68.1%. In those with symptoms, 91% presented mild symptoms; 4.5%, moderate; and the remaining 4.5%, severe clinical.

**Conclusions:** Final-year medical students had a high prevalence of clinically significant obsessive-compulsive symptoms, characterized by ideas of Contamination and acts of Repeating. The severity of such symptoms was mild in most of the individuals.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Final-year medical Students, National University of San Marcos.

# CAPÍTULO I

## 1.1 Planteamiento del problema, delimitación y formulación

### 1.1.1 Descripción del problema - Introducción

En la actualidad, diversos trastornos afectan a un gran número de personas en todo el mundo, uno de los cuales es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), que se distingue por alterar el pensamiento de las personas y se caracteriza por tener un curso permanente, dando lugar a disfunciones a largo plazo. Usualmente suele manifestarse durante la infancia y la adolescencia; sin embargo, a pesar de la disponibilidad de tratamientos aprobados basados en la evidencia, el diagnóstico es con frecuencia deficiente, lo que conduce a un manejo ineficaz (1).

La prevalencia a lo largo de la vida se ha calculado entre un 2 a 3%, pero puede llegar a un 10% si se asocia a otro trastorno neuropsiquiátrico. Es así como todas las facetas de la vida se ven afectadas por los límites funcionales de las personas que padecen TOC, siendo los vínculos sociales y profesionales los más perjudicados. Respecto a esto último, es el estudiante de séptimo año o interno quien, como miembro del personal de salud, debe comunicarse con otros profesionales de la salud, operar conjuntamente y poseer habilidades tales como el desarrollo de habilidades sociales y la capacidad de colaboración. Todo esto se vería mermado en internos afectados por TOC, quienes verían deterioradas sus relaciones sociales, comprometiendo el nivel de resolución del equipo de salud y, finalmente, perjudicar al paciente enfermo que se atiende con ellos

(2). En base a esto, se cuenta con el estudio realizado por Alvarado como antecedente, quien, con una muestra de estudio de 320 internos en 4 hospitales, determinó que la prevalencia de TOC fue del 3.6%, mientras que la prevalencia de sintomatología obsesivo-compulsiva fue del 27.9% (3).

Por si fuera poco, actualmente nos encontramos en una situación de emergencia debido al virus SARS-CoV-2, lo que ha provocado confinamiento y estrictas medidas de seguridad, causando un impacto perjudicial en la salud de las personas tanto física como mentalmente, contribuyendo a aumentar los niveles de trastornos neuropsiquiátricos en las personas (4). Con respecto al impacto en los estudiantes de medicina, debido a las promulgaciones de distanciamiento físico dictaminadas por los gobiernos del mundo, se limitó la experiencia presencial del interno en el ambiente hospitalario; además, la actividad académica se desarrolló en su totalidad en la forma de clases virtuales, las cuales aunaron en la sensación de frustración y ansiedad en el estudiante frente al evento adverso de no poder adaptarse a la nueva modalidad y finalmente fracasar académicamente (5).

Esto se ha evidenciado en numerosos estudios descriptivos previos, en los cuales se ahondará a detalle en el apartado de antecedentes; sin embargo, se pueden mencionar a los estudios más resaltantes, como el realizado en Pakistán por Mazhar y colaboradores (6), cuyo objetivo fue determinar la asociación existente entre el estado de emergencia por la pandemia por COVID-19 y la sintomatología TOC en 171 estudiantes de medicina, en donde el 25% de la muestra desarrolló nueva sintomatología y el 70%



observó aumento de su puntaje en relación al cuestionario Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) durante el transcurso del estado de confinamiento (lo que implica aumento de la severidad de los síntomas); además, esta sintomatología se asoció al sexo femenino, pertenecer a los primeros años de carrera y a una edad menor de 20 años (6).

Como actual interno de medicina y futuro médico, me parece importante y necesario aportar a todo lo descrito anteriormente. Son por estas razones que el presente trabajo de investigación tiene como objetivo establecer la frecuencia, características sociodemográficas, dimensiones y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### **1.1.2 Formulación del Problema**

¿Cuáles son la frecuencia y las características sociodemográficas en internos de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de síntomas obsesivos compulsivos?

## **1.2 Formulación de objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

- Establecer la frecuencia, características sociodemográficas, dimensiones y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Establecer la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en los estudiantes pertenecientes al grupo de estudio.
- Identificar a los estudiantes con síntomas obsesivo-compulsivos en función a su edad, sexo, estado civil y procedencia.
- Determinar las diferentes dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos (Simetría/orden, Contaminación/lavado, Sexual/religiosa/agresión y Acumulación) en los estudiantes del grupo estudiado y la frecuencia que representan cada uno de estos subgrupos.
- Determinar la severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos.

## **1.3 Justificación**

La investigación se desarrolló tomando en cuenta estudios previos, los cuales permitieron conocer a profundidad la prevalencia existente del trastorno, por lo que, según estudios, entre el 1% y 3% de la población presenta trastorno obsesivo-compulsivo. No obstante, en ciertas situaciones el diagnóstico no se realiza de forma temprana, logrando

detectar la enfermedad una vez se encuentra en una fase avanzada, lo cual afecta violentamente diferentes aspectos del individuo a nivel social y personal (7).

Es bien sabido que la población adolescente es la más susceptible de padecer los actuales trastornos mentales, siendo esta propensión catalizada por un desencadenante típico de esa etapa, como es el inicio de los estudios superiores. En consecuencia, no es de extrañar que quienes se encuentran en las primeras etapas de su carrera se vean afectados debido a diversos factores (2).

Es importante señalar que, dependiendo de los estudios consultados, la prevalencia del TOC en internos varía en muchos casos. Esto puede deberse a que se han utilizado diferentes instrumentos para cuantificar el trastorno, como el cuestionario Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) o el Y-BOCS ya mencionado; además, considerar determinados criterios de selección, el tamaño muestral e incluso el año en que se desarrolló el estudio. En cuestión del último punto mencionado, se puede destacar una asociación entre el contexto de la situación de pandemia y las repercusiones que ha tenido en el aumento de casos de personas con trastornos, considerando dentro de ello al TOC (4).

El presente estudio es pertinente dado que los trastornos neuropsiquiátricos son uno de los principales factores en el Perú que perjudican directamente la salud, resultando en años con deficiencias e incluso la muerte (AVAD). En el 2012, fueron la causa de la pérdida de 1 010 594 años saludables (17%), duplicando la pérdida de años saludables causado por enfermedades cardiovasculares y neoplásicas malignas. La

tasa de mortalidad en Perú sobrepasa en 4.5 puntos porcentuales la carga mundial promedio; sin embargo, es menor en 5 puntos porcentuales a la carga promedio investigada en países Latinoamericanos y del Caribe. Del mismo modo, el TOC se reconoce como una de las enfermedades neuropsiquiátricas que se cree que ha contribuido a la pérdida de 10.235 años de vida sana, o el 1% de la vida, una estadística que puede ser engañosa debido al subdiagnóstico de la enfermedad (8).

Por todo lo anterior, y en particular para los estudiantes de medicina, es crucial determinar el nivel de prevalencia y la severidad clínica que puede reflejar este trastorno. En consecuencia, se considera necesario tener en cuenta las características sociodemográficas de la muestra de estudio, ya que la información recabada será de utilidad para los estudiantes de séptimo año de carrera. De este modo, no solo se pretende conocer la verdadera prevalencia del TOC entre nosotros; sino que también servirá de base para futuras investigaciones que pretendan abordar este trastorno, de forma que mejoren las circunstancias de vida y el estado de salud mental de los estudiantes internos.

Con los resultados recogidos, las universidades, los hospitales y el Ministerio de Salud podrán continuar con el bienestar del interno, teniendo en cuenta diversas facetas de este trastorno. Por ello, el objetivo de este estudio es concienciar sobre la importancia de esta enfermedad para tomar las medidas necesarias de forma óptima.

La base de datos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos permitirá acceder a los resultados del presente estudio.

## **1.4 Limitaciones del estudio**

Las principales limitaciones del presente estudio son la imposibilidad de evaluar la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en la población total de estudiantes de medicina, puesto que se excluye a los alumnos que actualmente se encuentren cursando entre el primer y sexto año de la carrera.

Otro potencial inconveniente al momento de la recolección de datos es la dificultad de coordinar los horarios con los estudiantes voluntarios para aplicar el instrumento de forma presencial, lo que obliga a utilizar entrevistas en línea. Por último, aunque no por ello menos importante, el hecho de que la encuesta se realice de forma virtual plantea algunas dudas sobre la exactitud de las respuestas, debido a la falta de supervisión; no obstante, la utilización de este medio facilita la participación de los estudiantes, ya que ellos podrán completar el cuestionario en el momento del día que más les favorezca.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 Marco teórico**

#### **2.1.1 Antecedentes**

##### **Mundial**

La investigación de Yang y cols. se caracterizó por ser observacional transversal, teniendo una muestra de 1137 estudiantes de medicina en una Universidad localizada en China, teniendo como propósito cuantificar el estado mental de esta población, aplicando el cuestionario Sympton Checklist 90 (SCL-90). El 24.45% de la muestra (278 estudiantes) presentaron un puntaje SCL.90 mayor o igual a 160, el cual es mucho mayor al del promedio poblacional ( $p < 0.05$ ), lo cual ilustra que los estudiantes de medicina presentan una salud mental inferior a la media y es un grupo con una alta incidencia de trastornos mentales. El trastorno mental más prevalente fue el TOC con una frecuencia del 3.69%. Además, se encontró asociación estadísticamente significativa

entre presentar este trastorno, cursar el tercer año de carrera y vivir en áreas rurales ( $p=0.005$ ) (9).

También en China, se ejecutó un estudio de cohortes prospectivo tuvo como objetivo corroborar los efectos negativos generados por el estado de emergencia a causa de la COVID-19, mediante la evaluación de puntajes a través de la aplicación del Y-BOCS, para lograrlo se reunió una muestra de 13 478 participantes estudiantes universitarios tanto de medicina como de otras carreras. Se aplicó el cuestionario en 3 momentos: el primero se realizó 2 semanas luego del inicio de la pandemia, aún sin iniciar clases virtuales; el segundo, 2 semanas después del inicio de las clases virtuales; el tercero, 2 semanas luego de que ningún nuevo caso se haya reportado. Los resultados del cuestionario 1 mostraron un puntaje Y-BOCS mayor de 16 en el 11.3% de la muestra (1519 participantes), lo que se interpreta como casos potenciales de TOC. Este porcentaje fue disminuyendo significativamente en los cuestionarios 2 y 3 ( $p<0.001$ ). el análisis indicó que la intensidad del miedo se correlacionó con el puntaje Y-BOCS ( $p<0.001$ ). En conclusión, los efectos del miedo pandémico contribuyen significativamente a la etiología del TOC (10).

En Pakistán, se llevó a cabo una investigación de carácter descriptivo, de corte transversal, teniendo como objetivo establecer la conexión entre la COVID-19 y su incidencia con la sintomatología TOC en internos de medicina. La investigación tuvo como muestra a 711 internos, quienes respondieron el instrumento planteado,

constando de 2 repeticiones: la primera vez antes de la pandemia, la segunda toma fue durante la segunda ola del COVID-19. Los resultados de las 2 tomas del Y-BOCS fueron  $11.86 \pm 6.02$  y  $15.61 \pm 7.41$ , 25% de la muestra (176 participantes) desarrollaron nueva sintomatología TOC durante la pandemia; mientras que el 70% (497 participantes) vieron agravado su puntaje Y-BOCS durante el transcurso de la pandemia. La incidencia de sintomatología TOC se asoció a una edad menor de 20 años ( $p=0.02$ ) y cursar los primeros años de la carrera ( $p=0.002$ ). El empeoramiento del puntaje Y-BOCS se asoció al sexo femenino ( $p=0.02$ ), asistir a charlas relacionadas a la pandemia de COVID-19 ( $p=0.027$ ), cursar los primeros años de la carrera ( $p<0.001$ ) y edad menor a los 20 años ( $p<0.001$ ) (6).

También en Pakistán, otro estudio buscó determinar la relación entre el TOC en estudiantes de medicina con la religión practicante y las actitudes psicosociales. Este estudio transversal reunió a una muestra de 1172 participantes, contando con la aplicación del instrumento Y-BOCS, a través del cual se determinó la prevalencia total de TOC en un 10.1%. El 48.6% de la muestra (570 participantes) no estaban informados acerca de la naturaleza del TOC; en este último grupo, el puntaje Y-BOCS fue de  $18 \pm 3.2$ , lo que se interpreta en una prevalencia de TOC del 14.5%, en contraste del 5.9% en el grupo de estudiantes informados en relación con el TOC. Las dimensiones de lavado, revisión, arreglo y daño se evidenciaron más en el sexo femenino; la dimensión



lavado representó la compulsión más frecuente con un 19.79% ( $p=0.004$ ). Un hecho a resaltar es la influencia de la religión en estos resultados, puesto que en la religión islámica existe el término “Napak”, el cual se refiere a la sensación de contaminación con connotación religiosa de encontrarse profano o impuro, siendo concordante con la dimensión de TOC más frecuente en el estudio (11).

La revisión sistemática y posterior metaanálisis de 22 estudios, realizado por Mejía y Ramos, determinó que, en los trabajadores de los sistemas de salud, se evidencian niveles de prevalencia en situaciones estresantes en un 43%, mientras que los niveles de ansiedad (donde se incluye dentro de su espectro al TOC) fue del 37% y la de la depresión fue del 35%. En adición, estos trastornos se agravan si se asocian a escasez de las indumentarias adecuadas de protección, el incremento de la duración de la jornada laboral y el mantenimiento de los deficientes protocolos clínicos, los cuales destacaron especialmente durante los primeros meses de la pandemia y la atención de los casos positivos (5).

Por otro lado, estudios realizados en la India utilizaron un estudio analítico transversal, estableciendo como propósito establecer el grado de prevalencia que tiene el TOC en los internos de la carrera de medicina dentro del contexto de COVID-19, aplicando la prueba Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R). De 1644 participantes, el 70.1% (1153 participantes) evidenció algún trastorno psicológico, de los cuales los 2 más prevalentes fueron

Preocupación y Estrés con un 58.5% y 53.5%, respectivamente. Según el OCI-R, el 43% de la muestra (707 participantes) probablemente padece de TOC; de estos, el 34.5% cursaba el primer año de carrera ( $p < 0.002$ ). Además, el 50% de este grupo padecía de Preocupación y otro 46.5% sufría de Estrés (12).

Un estudio descriptivo transversal en Arabia Saudí estableció como finalidad identificar los niveles de prevalencia del TOC en relación a las características socio-demográficas de la muestra de estudio pertenecientes a una universidad Umm Al-Qura. Se reclutaron 404 participantes, a quienes se les tomó la prueba OCI-R y el Y-BOCS. La prevalencia de TOC se calculó en un 20%; además, esta fue mayor en estudiantes de medicina ( $p = 0.002$ ) y se asoció estadísticamente con insatisfacción con un curso elegido ( $p = 0.001$ ), sensación de rechazo ( $p = 0.004$ ) y síntomas depresivos ( $p = 0.0001$ ) (13).

### **Regional**

En Guatemala, se ejecutó una investigación de nivel descriptivo, con el propósito de detallar el comportamiento de la muestra de estudio (estudiantes de medicina de tercer año) y de corte transversal, al realizarse en un momento determinado. Se planteó como objetivo establecer la asociación entre las variables de estudio que conciernen a rasgos del trastorno y cómo influye el hecho de estudiar la carrera de medicina. Se conformó una muestra de 241 participantes, a quienes se les aplicó el Y-BOCS, dando como resultado que el 70.54% presentaba rasgos TOC (53.94%

leve, 16.18% moderado y 0.41% severo). Se evidenció que los estudiantes repitentes tienen una prevalencia ligeramente mayor de rasgos TOC que los estudiantes regulares; además, la sintomatología predominante era el tiempo ocupado, la incomodidad y la resistencia contra los pensamientos intrusivos. Es importante resaltar que estos rasgos no interfieren significativamente con el rendimiento académico, puesto que este síntoma fue el menos prevalente en la muestra (6.5%) (14).

En el estudio transversal realizado en Ecuador por Delgado y Bernal, plantearon como objetivo reconocer cómo influye el confinamiento en el aspecto psicosocial de los internos de la carrera de Medicina, bajo la aplicación del Cuestionario de Salud Mental COVID-19 (CoPaQ). Se estableció a 118 internos como muestra de investigación, dentro de los cuales se determinó que aproximadamente la mitad de los estudiantes tienden a tener un comportamiento compatible con TOC, específicamente relacionado con un lavado excesivo de las manos, los alimentos y las prendas de vestir. Además, la cuarta parte de la muestra presentó comportamientos de Repetición (revisar varias veces lo mismo) (15).

También en Ecuador, Sinchi y Suquilanda se enfocaron en establecer las características del TOC en una población de estudiantes de la facultad de medicina, por lo que se seleccionaron a 285 participantes a través de la ejecución del OCI-R y del inventario de Maudsley. Se concluyó que, en un 46% existe la

presencia del TOC revisado reflejado en 129 participantes, un 72% se caracterizó por ser de sexo femenino y un 46% de ellos se encuentra en el primer ciclo de la carrera (60 participantes). Por otro lado, de acuerdo con el inventario Maudsley, un 33% que oscila en 94 participantes presentaron características obsesiva-compulsivas, 73.4% fueron mujeres (69 participantes), 52.13 % (49 participantes) están en los primeros ciclos de la carrera (7).

Asimismo, un estudio realizado en Paraguay se caracterizó por ser observacional analítico transversal, teniendo como propósito buscar la existencia de correlación entre los niveles del trastorno y el consumo de sustancias tóxicas en 626 estudiantes de medicina, a quienes se les aplicó los cuestionarios planteados, los cuales están compuestos por 3 niveles: completar datos socio-demográficos, evaluación de screening respecto al consumo de sustancias y el test referente a la evaluación psiquiátrica (PDQS). En conclusión, hasta el 70.8% de los participantes presentaron al menos un trastorno, siendo el abuso de drogas el más frecuente en un 36.1%, mientras que le seguía el TOC con 28.8%; además, se evidenció que los estudiantes hombres evidencian un alto nivel de consumo de sustancias adictivas ( $p=0.000$ ), oscilando en una edad menor al momento de empezar con el consumo de bebidas alcohólicas ( $p=0.000$ ), además de considerar un periodo de consumo con el paso de los años de manera significativa en un rango mayor ( $p=0.003$ ) (16).

También en Paraguay, Rojas Larrea determinó los niveles de la sintomatología de TOC a través de la ejecución de la escala Y-BOCS en internos universitarios de la facultad de medicina. Se concluyó que, de los 200 participantes, un 64.04% (141) evidenció algún grado de obsesión compulsión: Leve en un 45.45%, moderado en un 16.36% y severo en un 2.23%. Además, se observó mayor prevalencia en el sexo femenino (17).

Nuevamente en Paraguay, en la Universidad de Asunción, se ejecutó un estudio descriptivo correlacional, teniendo como objetivo correlacionar las dimensiones del TOC entre los aspectos causantes de ataques de ansiedad en alumnos de la carrera de medicina, mediante la OCI-R y el Inventario STAIC, que mide la ansiedad estado-rasgo. Con una muestra de 208 participantes, dentro de lo cual se estableció una relación de 0.431 con un valor de significancia menor a 0.05 entre las variables estudiadas, lo que confirma la asociación (18).

En Colombia, se estudió la asociación entre bajo rendimiento académico y trastornos neuropsiquiátricos, la cual se realizó con una muestra de 39 estudiantes y aplicando como instrumento el inventario MINI, cuyos resultados fueron que 15 estudiantes presentaron algún diagnóstico mental, destacando dentro de ello casos de depresión y el riesgo de suicidio los más prevalentes con un 10.3% (4 participantes), respectivamente; por su parte, el TOC representó el 2.6% de la muestra, ya que se evidenció en un participante, la que lo ubica en el puesto 5 según prevalencia (19).

También en Colombia, esta vez en la Universidad de Caldas, Gallego Henao tuvo como objetivo reconocer los niveles de depresión y elementos relacionados a este trastorno en estudiantes de Medicina. Con una muestra de 211 participantes, a quienes se les aplicó de forma voluntaria el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Estrés Percibido de 14 ítems (EEP-14). De acuerdo con los resultados, se determinó que un 22.7% (48) presentaba antecedente de algún trastorno diagnosticado previamente, siendo la depresión el más frecuente con un 35.4% del total; además, el 6.25% de casos (3 participantes) refiere haber sido diagnosticado con TOC previamente (20).

Pereira y cols realizaron en Brasil un estudio con base en una muestra de 492 participantes, el cual tuvo como propósito reconocer la condición de la salud desde el aspecto mental en los alumnos universitarios durante el periodo de pandemia COVID-19. Mediante la prueba Y-BOCS, se cuantificó que el 52.4% de la muestra (258 participantes) presentó síntomas débiles; 46.1% (227 participantes), síntomas moderados; y 1.4% (7 participantes) evidenciaron síntomas severos de TOC ( $p=0.000$ ). En adición, este estudio determinó que aquellos universitarios que ya presentaban síntomas de TOC durante el inicio de la pandemia han presentado empeoramiento de la clínica. Además, hubo más prevalencia de síntomas de TOC en las participantes de sexo femenino, esto se puede deber al hecho de que los varones difícilmente muestran sus

emociones, especialmente aquellas que denoten fragilidad como lo son el miedo y la tristeza (21).

También en Brasil, Ferreira y cols, realizaron una investigación de nivel descriptivo, corte transversal, teniendo como muestra a internos de la carrera de medicina y médicos recién graduados. Se planteó como propósito identificar el estado de salud mental y la presencia de trastornos durante el periodo de COVID-19. Asimismo, al inicio del estudio la muestra seleccionada se denominó M1, conformado por 335 participantes, 6 meses después fueron reevaluados, denominándose M2, esta vez con 148 participantes. Respecto a M1, el 38.5% (129 participantes) reportaron tener un diagnóstico psiquiátrico, reconociendo como el trastorno más frecuente a la ansiedad con 105 afectados; se evidenciaron 3 estudiantes con diagnóstico de TOC, lo cual representa el (2.4%). Medio año después, 15 nuevos diagnósticos psiquiátricos fueron evidenciados en los participantes, 2 Síndrome de Burnout, 7 casos de ansiedad, 4 estados depresivos, 2 caso de atención e hiperactividad y 1 nuevo caso de TOC. Además, las participantes mujeres presentaron más comorbilidades psiquiátricas ( $p=0.001$ ) (4).

El estudio descriptivo transversal previo a la pandemia de COVID-19, realizado en la Universidad de Sao Paulo, buscó estimar la prevalencia de síntomas sugestivos de TOC y su correlación con su dimensión específica en los estudiantes de medicina de la casa de estudios en mención, mediante la aplicación del cuestionario OCI-

R. De una muestra 471 participantes, el 3.8% (18 estudiantes) presentaron probable TOC, el promedio del OCI-R fue de 8.9 y una mayor gravedad general se asoció de forma independiente con ser estudiante de primer año, presentar dificultad de adaptación y síntomas depresivos. Evaluaciones en rango alto en las dimensiones “demostración” y “lavado” se asociaron con ser estudiante de primer año ( $p=0.037$ ); en las dimensiones de “neutralización” y “ordenamiento”, con dificultades de adaptación ( $p=0.001$ ); en la dimensión de “acaparamiento”, con dificultades de adaptación y síntomas depresivos ( $p=0.004$ ). La dimensión “obsesión” se asoció con ser un estudiante de primer año, dificultad para hacer amigos, síntomas depresivos, y tratamiento psicológico/psiquiátrico ( $p=0.003$ ) (22).

El estudio descriptivo, observacional, transversal mediante la aplicación del cuestionario Adult Self-Report Inventory-4 (ASRI-4) en 327 participantes para determinar las características sociodemográficas del TOC atendidas en un servicio de Neurociencias en República Dominicana concluyó que la mayor proporción de pacientes afectados cuentan con un título universitario (116 participantes), mientras que el segundo grupo en frecuencia son aquellos con “algún estudio universitario” (77 participantes). Esto pone en relevancia la mayor prevalencia de TOC entre estudiantes universitarios. Además, es importante resaltar también el hecho de que el 60% de la muestra (197 participantes) no estaba tomando medicación (23).



En Nicaragua, en la Universidad Nacional Autónoma, se llevó a cabo una investigación de nivel observacional, carácter descriptivo y corte transversal, estableciendo como propósito establecer la incidencia de principales patologías mentales en alumnos de la carrera de medicina, aplicando el test MINI en 197 participante. El 51.8% (102 estudiantes) presentan algún trastorno psiquiátrico, predominantemente en los hombres, oscilando entre las edades de 19 años y quienes se encuentran pasando el cuarto año; de ellos, el 3.6% de la muestra (7 participantes) presentó TOC. Es necesario recalcar que, la mayoría no presentó antecedentes familiares de patología psiquiátrica; sin embargo, 63.6% de quienes sí tenían antecedente familiar, presentaron algún trastorno mental. Por último, ser parte de una familia poco funcional contribuye a presentar de manera directa algún tipo de trastorno psiquiátrico (24).

### **Local**

En el 2002, en la Universidad Cayetano Heredia, se aplicó la prueba MINI en 250 estudiantes pertenecientes a la carrera de medicina, de 4to, 5to y 6to año, con la finalidad de establecer el grado de prevalencia de trastornos a nivel mental. Se concluyó que el 45.6% de la muestra presentó patología psiquiátrica, siendo la depresión y la distimia los más frecuentes con un 24% y 15.6%, respectivamente. En cuanto al TOC, representó el 0.8% de casos, con la particularidad de que se presentó solamente en estudiantes de quinto año y de sexo masculino (25).

En la población peruana la presencia de trastornos mentales dentro del contexto de COVID-19 fue cuantificada en el estudio transversal descriptivo de Pacheco Vásquez, aplicando la prueba MINI, encontrándose presente en un 82.1% de la muestra, siendo los principales trastornos la depresión, estrés y ansiedad en un 34%, 25% y 13% de manera respectiva. El TOC ocupó el séptimo lugar en prevalencia con un 0.8%, el cual se presentó en 19 individuos; de estos, 11 fueron mujeres (0.78%) y 8 fueron varones (0.83%), con una razón según sexo de 1:1 (26).

Por otro lado, una investigación realizada por Alvarado Atahualpa se caracterizó por ser de nivel descriptivo, observacional, corte transversal, pretendió reconocer el perfil sociodemográfico y la frecuencia de la presencia del TOC en estudiantes de la facultad de medicina dentro de 4 centros hospitalarios de Lima, haciendo uso del Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI). En conclusión, la prevalencia de TOC fue del 3.6%, mientras que la prevalencia de sintomatología obsesivo-compulsiva fue del 27.9%. Además, algunas características sociodemográficas estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) fueron que los internos afectados por TOC viven y son dependientes de sus padres, haber consumido o consumir alcohol y tabaco, ser de universidad particular y rotar en las en los servicios de Medicina y Gineco-Obstetricia (3).

Sánchez Marín se planteó reconocer aquellos trastornos frecuentes en internos de medicina, tomando en cuenta 3 centros

universitarios pertenecientes al departamento de Lambayeque; para ello, aplicó la prueba MINI en 284 estudiantes de medicina, quienes cursaban ciencias básicas y clínicas. Se concluyó que 140 participantes, representado en un 49%, reflejaron al menos algún tipo de trastorno mental, destacando dentro de ello los ataques hipomaniacos y depresivos de forma prevalente en un 19% y en un 17.3%, respectivamente. El TOC se evidenció en 15 estudiantes, lo que representa una prevalencia del 5.28%. Asimismo, se concluyó que aquellos que presentan algún tipo de patología suelen tener una edad temprana, teniendo una mayor probabilidad de estar cursando ciencias básicas. Una limitación del estudio fue que no incluyó a internos de medicina en la muestra (2).

En Trujillo, Zavaleta Corvera, en la Universidad Privada Antenor Orrego, quiso determinar si el TOC es un componente que se asocia a los hábitos de consumo de alcohol que generan los internos de las carreras de Medicina Humana, por lo que desarrolló un estudio observacional en 209 participantes, quienes fueron sometidos a los cuestionario Y-BOCS y el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Se concluyó que el 12% de la muestra (25 participantes) presentó TOC, de los cuales el 3% (6 participantes) asociaba dependencia de consumo de alcohol ( $\chi^2$ : 10.394; IC: 95 %;  $p < 0.005$ ), con lo que se demuestra que el TOC efectivamente es un componente que se relaciona a la generación de hábitos para el consumo de bebidas alcohólicas (27).

## 2.1.2 Bases teóricas

### DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

De acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), salud mental es un estado que se caracteriza por reflejar una condición favorable a nivel físico, mental y social, dejando de lado la presencia de cualquier tipo de enfermedad; de esto se colige que debe haber un equilibrio en las 3 dimensiones de la existencia humana para lograr la autorrealización personal (28).

Lamentablemente, es justamente el apartado de la salud mental uno de los más subvalorados, no solo a nivel local, sino en toda Latinoamérica y en todos los países del mundo. Es así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el 2009, estableció que la depresión severa y los trastornos por alcohol constituyen los principales trastornos que presentan las personas a nivel de Latinoamérica, con cifras entre los 38 y 37.6 millones de personas entre edades de 15 años a más, los cuales vienen siendo los afectados; seguidos estos por el estrés postraumático, distimia y ansiedad generalizada (29).

En Perú, pese a existir reportes de casos de trastornos mentales, aún no existe una encuesta específica que pueda determinar la prevalencia de enfermedades mentales; no obstante, un estudio sobre prevalencia de trastornos mentales ejecutada en la ciudad de Lima y Callao durante el año de 2012 reveló que los casos se cuantificaron en un 25,8%, siendo las más prevalentes la depresión

severa con 28.5%, ansiedad con 10.5%, dependencia de alcohol con 7.5%, estrés postraumático con 5.1% y ansiedad generalizada con 3%. Entre aquellos trastornos con prevalencia menor al 3% se ubican trastornos como bipolaridad, depresión leve, psicosis, fobia y TOC (30).

Sin embargo, el panorama se agrava al saber que tales trastornos se acompañan de una desatención general en su tratamiento, por lo que la presencia de trastornos de alcohol, niveles de ansiedad, estado de depresión o de pánico, conforman un conjunto de brechas de atención en hasta un 60%. Esto se traduce en la lamentable cifra que uno de cada dos pacientes afectados no recibe ningún tipo de atención, representando una carga de años saludables perdidos del 22.2%, sobrepasando en 9 puntos porcentuales al promedio mundial (8).

### **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**

Un trastorno es conceptualizado como un síndrome que se caracteriza por alterar de forma significativa el estado mental, emocional y comportamental de los individuos, ello resulta en un desorden que afecta directamente los niveles psicológicos, biológicos y aquellos que se asocian al funcionamiento mental, según lo mencionado por el Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM 5). Dentro de este espectro de trastornos encontramos al Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el cual era considerado inusual hasta la última década; no obstante, este tema ha tenido un gran reconocimiento debido al incremento

de la incidencia de esta enfermedad, la cual se evidencia mediante encuestas epidemiológicas efectuadas en los últimos años, lo que incrementa el nivel de conocimiento sobre su clínica y el tratamiento respectivo (31).

El TOC se caracteriza por la expresión de ideas obsesivas y conductas compulsivas, las cuales demandan un periodo considerable del día de quien la padece (generando problemas dentro del entorno profesional como social). Asimismo, el aspecto obsesivo consiste en la generación de ideas o pensamientos mentales de manera constante, las cuales generan ansiedad debido a que se asocian con un suceso o situación temida. De la misma forma sucede con los actos compulsivos, que son los comportamientos o actos mentales que el sujeto realiza como respuesta a la obsesión, con el objetivo de disminuir la ansiedad. Son actos reconocidos como absurdos por el afectado, quien trata de resistirse a ellos mediante intentos repetitivos, a diferencia del Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, del cual hablaremos más adelante (32).

### **Prevalencia**

La prevalencia del TOC a nivel mundial se calcula entre 1 a 3% según la OMS; para el DSM 5, de 1.2% en E.E.U.U.; y entre el 1.1 y 1.8% a nivel internacional (29).

## **Epidemiología**

- **Edad y sexo**

Por lo general, se reconoce que este trastorno puede presentarse en una edad temprana a partir de los 19 años; mientras que, en la adultez, no hay diferencia en la prevalencia según el sexo, sin embargo, casi el 25% de varones presentan síntomas que inician anterior a los 14 años de vida (23).

Un punto para resaltar con respecto al TOC, aparte del aumento de su prevalencia en niños y adolescentes en los últimos tiempos, es que hasta el 50% de población adulta diagnosticada refiere haber presentado la clínica del trastorno desde etapas tempranas de la vida. En EE. UU., se considera que la presencia de TOC oscila en edades promedio de 10 años en un 21% de casos, variando el rango de edad según el sexo, ya que fue de entre 9 a 11 años en varones y de entre 11 y 13 años en mujeres. Además, la prevalencia pediátrica tiende a ser mayor en varones, mientras que esta se iguala al llegar a la edad adulta (1:1) (1). Otra revisión refiere que la edad de inicio adquiere un comportamiento bimodal, con una primera etapa en la niñez y una segunda en la adolescencia o adultez temprana (edad media 21 años). Además, el inicio de TOC posterior a los 30 años es inusual (28).

- **Estado civil**

Partiendo de la definición del TOC como aquella alteración que produce afectación de las áreas del desarrollo (personal, familiar, laboral, académica) y la mayor prevalencia de aquella en la población joven, se deduce fácilmente que la mayoría de los pacientes tengan como estado civil el ser solteros, tal como se evidencia en el trabajo de Sinchi Centeno, en donde prácticamente la totalidad de la muestra con tendencia TOC (94 encuestados) fueron solteros (7).

Sin embargo, la asociación de ambas variables puede llegar a ser estadísticamente no significativa, como así lo demuestra el estudio de Alvarado, en donde el valor de chi cuadrado de esta asociación resultó en 0.461 ( $p < 0.05$ ) (3).

Lamentablemente, son pocos los trabajos previos que hayan considerado a esta variable dentro de sus estudios, por lo que la evidencia es limitada.

- **Procedencia**

Al igual que con el punto anterior, la evidencia es limitada en cuanto a la procedencia y su relación con el TOC. Unos de los pocos estudios que consideran esta variables es el trabajo de Alvarado Atahualpa, en donde el 25% de estudiantes de Medicina con síntomas obsesivo-compulsivos afirmaban proceder de Lima, mientras que un 2% afirmaba proceder de otra región. Empero, esta asociación se demostró



estadísticamente no significativa puesto que el valor del chi cuadrado fue de 0.154 ( $p < 0.05$ ) (3).

### **Factores de riesgo**

Clásicamente, se había definido al TOC como una patología multifactorial debido a las limitaciones existentes con respecto al conocimiento de sus causas; actualmente, se propone clasificar tales factores de riesgo en 6 grupos (31):

- **Alteraciones neuroquímicas:** Representan el 36%. Alteraciones en los neurotransmisores y otras moléculas, las cuales producen disfunción neuronal, como por ejemplo la alteración de la secreción de Serotonina, asociado a la activación de la corteza orbitofrontal; mientras que no se produce la activación de ganglios basales, tálamo, córtex cingulado y amígdala. Este es el sustento para el tratamiento de TOC mediante el uso de inhibidores encargados de la recaptación de serotonina (ISRS) (31).
- **Factores genéticos:** Representan el 25%. De característica hereditaria, la evidencia refiere que la prevalencia de TOC es del 10 a 12% en familiares de primer grado de pacientes con el trastorno, mientras que aquella disminuye hasta el 2 a 3% en personas sanas. Entre otros factores genéticos se incluyen a las perturbaciones durante la ontogénesis, tales como la realización de cesárea, fumar durante la gestación, parto pretérmino, recién nacido con bajo peso y puntaje APGAR patológico a los 5 minutos (33).

- **Problemas neurológicos o patologías clínicas:** Representan el 20%. Alteraciones que afectan regiones del cerebro y condicionan la aparición del TOC, como por ejemplo los tumores pericallosos que comprimen el giro posterior del cíngulo, quistes, estado de depresión, ansiedad, encefalitis, infecciones, pérdida de atención, trastornos psicológicos, etc.
- **Eventos traumáticos o estresores:** Representan el 15%. Se los considera como ejemplos a los sucesos excedentes de los recursos adaptativos individuales en algún momento de la existencia del afectado, tal como enfermedades (no incluidas en el punto anterior), problemas afectivos, muerte de un ser querido, abusos sexuales, etc. Asimismo, se ha indagado entre la asociación que pueda existir entre las situaciones de estrés que puedan generarse a temprana edad en conjunto con las múltiples alteraciones que puedan producirse en la arquitectura cerebral de las personas adultas con TOC (incremento de volumen en la corteza órbita frontal y cerebelo derechos) (33).
- **Características de la personalidad:** Representan el 3%. Rasgos constantes en el tiempo de una persona, la cual puede desencadenar en rasgos obsesivos si es que no son manejados, tales como rasgos de sensibilidad al castigo, neuroticismo y psicoticismo.
- **Alteraciones neuroanatómicas:** Representan el 1%. Específicas del sistema nervioso, las cuales pueden expresarse como traumas en zonas como la corteza orbitofrontal, cíngulo anterior, choques epilépticos cuyo origen

es la rotación del cíngulo anterior, isquemia del núcleo caudado o en el putamen.

### **Dimensiones del TOC**

Como ya se mencionó, una de las características del TOC es su naturaleza heterogénea, con una diversa presentación clínica, por lo que se plantea que no es únicamente un trastorno, ya que puede estar asociado en conjunto con otros trastornos. Un aporte valioso de la psicometría ha sido el análisis factorial, cuyo objetivo es conformar grupos de variables correlacionadas entre sí, a las que se denominan dimensiones; de este modo, se pretende indagar en la cantidad mínima de dimensiones que puedan revelar la máxima presentación de signos y síntomas del TOC (33).

**Tabla 1.** Estudios sobre las dimensiones del TOC

ESTUDIOS	DIMENSIONES
3 factores (Baer L, 1994) (6)	- Simetría/acumulación. - Contaminación/chequeo. - Obsesiones puras: temas religiosos, agresivos o sexuales.
4 factores (Leckman et al, 1997) (6)	- Obsesiones/chequeo:temas religiosos, agresivos, sexuales. - Simetría/orden:repetir, contar. - Limpieza/lavado. - Acumulación.
5 factores (Mataix-Cols et al, 1999) (6)	- Simetría/orden. - Acumulación. - Contaminación. - Agresión/chequeo - Sexual/religiosa
5 factores (Abramowitz et al, 2003) (6)	- Hacer daño. - Contaminación. - Acumulación. - Ideas inaceptables. - Simetría.
5 factores (Pinto et al, 2007) (6)	- Contaminación/limpieza. - Acumulación. - Simetría/orden. - Ideas tabú. - Duda/chequeo.
Síntomas dimensionales de importancia clínica en el TOC (Williams MT, Mugno B, Franklin M, Faber S, 2013) (6)	- Contaminación/limpieza. - Duda de hacer daño/chequeo. - Ideas inaceptables/rituales mentales. - Simetría/orden.
En 8 estudios de análisis factorial y "cluster" análisis (Calamari et al, 2004) (7)	- Contaminación/lavado. - Hacer daño/chequeo. - Acumulación. - Simetría/orden.
En 12 estudios de análisis factorial (Mataix-Cols, Rosario-Campos, Leckman,2005) (7)	- Contaminación/limpieza. - Obsesión/chequeo. - Acumulación. - Simetría/orden.

*Tabla 1: Dimensiones del TOC. Extraído de Lozano Vargas (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivocompulsivo y trastornos relacionados. Revista de Neuro-Psiquiatría. 80(1). 35-41. <https://dx.doi.org/10.20453/mp.v80i1.3058>*

Ha habido diferentes estudios a lo largo de los años, los cuales han planteado diferentes dimensiones tanto en número como en concepto, las cuales se resumen en la tabla 1.

Este espectro de obsesiones y compulsiones clásicamente se clasificaba en 5 dimensiones (28):

- **Obsesiones acerca de causar o prevenir el daño:** compulsión de chequeo.
- **Obsesiones con la simetría;** rituales de conteo y orden.
- **Obsesiones de contaminación;** rituales de limpieza y lavado.
- **Obsesiones repugnantes relacionadas con el sexo, violencia y religión.**

- **Obsesiones de acumulación;** compulsiones de coleccionar y retener objetos

Actualmente, utilizando la Lista de Chequeo de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de la Escala de “Yale Brown” se describieron 4 dimensiones para el TOC (32):

- **Simetría/orden.**
- **Contaminación/lavado.**
- **Acumulación.**
- **Sexual/religiosa/agresión.**

Asimismo, aplicando el instrumento denominada The National Comorbidity Survey Replication Epidemiological Study con sus siglas NCS-R, refleja que las dimensiones reportadas pertenecieron a situaciones de chequeo, acumulación, orden, temas morales, sexuales/religiosos, miedo a la contaminación, generar daño, o temas referentes a contraer algún tipo de enfermedad. Es importante mencionar que esta escala permite visualizar múltiples situaciones que pueden ser precedentes para la presencia de síntomas obsesivos – compulsivos (32).

Actualmente, se observó que, considerando 4 dimensiones del TOC, 3 de ellas pueden agruparse en la siguiente categoría: chequeo, limpieza y rituales, pudiendo definirse el esquema del trastorno mediante la presencia de este grupo. Por otro lado, la dimensión de acumulación no demostró una especificidad para el TOC (33).

Es importante aclarar que un mismo paciente puede presentar más de una dimensión del TOC al mismo tiempo. Esto lo demuestra el estudio de Sinchi Centeno, donde evidenció que, en su muestra de 280 participantes, el 46.07% presentó TOC (129 pacientes); de ellos, 17.33% presentó solo una dimensión, mientras que la mayoría (33.33%) tuvo 2 tipos de TOC. Finalmente, un pequeño grupo (3.88%) presentó los 6 tipos de TOC (7).

### **Comorbilidades asociadas al TOC**

Las comorbilidades que más se asocian al TOC son trastornos de ansiedad crónica, ya sea trastorno de pánico, fobia social, ansiedad generalizada o fobia específica; o puede expresarse como un estado depresivo o bipolar (23). Incluso una dimensión del TOC se asocia más a unos trastornos psiquiátricos que a otros (33):

- La dimensión de agresión se asocia a través de trastornos que pueden generarse después de un trauma vivido, por situaciones de separación, por tratar de controlar impulsos entre otros.
- La dimensión sexual/religioso se asocia a trastorno frente a situaciones de pánico, fobia, estados de ansiedad, disconformidades con el físico, tics, trastornos afectivos, sexuales entre otros.
- La dimensión de contaminación se asocia específicamente por estar en constante limpieza lo cual puede conocerse como hipocondriasis.

- La dimensión de acumulación se asocia a trastorno depresivo, fobia específica, estrés post traumático, compras de forma impulsiva, tics, adicción al internet, hiperactividad entre otros.

Mención aparte requiere la asociación entre el TOC y la esquizofrenia, ya que la prevalencia de síntomas de aquella se encuentra en función el progreso clínico de esta (33):

- En el estado clínico de riesgo de esquizofrenia, hasta un 12.1% de afectados pueden presentar síntomas TOC y un 5.2% tiene criterios TOC.
- Durante el primer episodio de psicosis, un 17.1% presenta síntoma TOC y 7.3% tienen criterios TOC.
- En pacientes ya diagnosticados con esquizofrenia, la cuarta parte presenta síntomas TOC y 12.1% tienen criterios TOC.

Identificar esta asociación es esencial puesto que se ha evidenciado que estos pacientes presentan una mayor resistencia al tratamiento farmacológico, alteraciones neurocognitivas, síntomas depresivos, ansiosos, mayor disfuncionalidad y pronóstico sombrío (35).

Además, reportes de casos refieren empeoramiento del trastorno en mujeres durante los días previos a la menstruación, posiblemente a la fluctuación de hormonas. Este empeoramiento se asocia a obsesiones religiosas/sexuales, síntomas depresivos, ansiosos e incluso ideas suicidas (33).

## **TOC y Trastorno obsesivo de la personalidad**

Existen diferencias significativas entre TOC y el Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, este último se conceptualiza por la DSM-5 como el patrón dominante de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, expensas de la flexibilidad, la franqueza y la eficiencia, los cuales comienzan a reflejarse durante las primeras fases de la vida adulta, estando presentes dentro de diferentes ámbitos, siendo característicos por manifestarse a través de 4 o más de los hechos a continuación mencionado:

1. Existe la presencia de preocupación por ciertos detalles, orden, listas, programas entre otros aspectos que pueden llegar a descuidar el objetivo a ciertas actividades.
2. Evidencia cierto grado de perfeccionismo que puede interferir en la culminación de tareas establecidas.
3. Desarrolla un estado de dedicación extenuante frente a actividades de trabajo, con la finalidad de ser lo más productivos posibles, dejando de lado actividades que involucran el exterior (ocio y amistades).
4. Asume una postura responsable, consciente e inflexible en función de aspectos morales.
5. No cuentan con la capacidad necesaria para deshacerse de objetos no necesarios.
6. Se rehúsa a delegar tareas a los demás, debido a que prefieren mantener una línea de perfeccionismo al realizar las cosas.



7. Es codicioso a beneficio propio y de los demás, interpretando el dinero como un recurso necesario para afrontar desastres futuros.
8. Muestra rigidez y obstinación.

### **Instrumentos de medición del TOC**

Cuando existe sospecha de TOC, se pueden utilizar entrevistas diagnósticas tales como el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, present and lifetime version SADS-PL, el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), la Entrevista semiestructurada para Adolescentes (ESA), escala de Ideas Sobrevaloradas (OVI), Inventario Maudsley de Obsesión-Compulsión (MOCI), el Inventario de Padua (IP), entre otros (1).

Por otro lado, para evaluar la gravedad del trastorno en pacientes previamente diagnosticados, se utiliza la escala de Y-BOCS. Esta prueba no refleja alteraciones en cuanto a la cantidad de obsesiones, además permite monitorizar los hallazgos respecto a la gravedad de la sintomatología frente al tratamiento. Dentro de las variables que consideras, junto con las obsesiones y compulsiones, encontramos al periodo utilizado, la interrupción, el distrés, la resistencia y el manejo, cada uno de ellos se evalúa a través de 5 preguntas relacionadas las obsesiones y 5 preguntas relacionadas a las compulsiones, cuyas respuestas, en función la escala de Likert, toman valores desde 0 (ausencia de síntomas) a 4 (sintomatología extrema). En consecuencia, el Y-BOCS acepta un puntaje mínimo de 0 puntos y un máximo de 40 puntos. Para

cuantificar las variables establecidas en nuestros objetivos específicos, se utiliza el instrumento de la siguiente manera (3):

- **Prevalencia**

Considerando el puntaje máximo de 40 puntos del cuestionario Y-BOCS, estos se pueden clasificar, siendo el punto de corte el puntaje de 8; es decir, aquella persona cuyo resultado de 7 o menos se la considera como “sin manifestaciones”. Por otro lado, todo aquel con un puntaje de 8 a más ya se le considera “con manifestaciones clínicas” y automáticamente conformaría la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos (3).

Esto se explicará a detalle en el apartado de Severidad, más adelante.

- **Dimensión**

Previo a la ejecución de la escala, es necesaria la aplicación de la “lista de verificación de síntomas obsesivo-compulsivos”, la cual se compone de 64 ítems, con los cuales el entrevistado, en función a sus respuestas, define la dimensión de obsesiones y compulsiones más prevalentes y que le generan mayor ansiedad (36).

- **Severidad**

Ya se había mencionado el puntaje de 40 puntos del cuestionario Y-BOCS, este se clasifica de la siguiente manera en función a la severidad:

- ✓ 0 – 7: Sin manifestaciones clínicas.
- ✓ 8 – 15: Manifestaciones leves.
- ✓ 16 – 23: Manifestaciones moderadas.
- ✓ 24 – 31: Manifestaciones severas.
- ✓ 32 – 40: Manifestaciones extremas.

Un beneficio de esta escala es que permite determinar el subtotal de la peligrosidad de los comportamientos obsesivos y compulsivos: Un puntaje igual o mayor a 25 se considera propio de personas con TOC, mientras que un puntaje menor a 8 es común en personas sin el trastorno.

### **Diagnóstico de TOC según criterios estipulados por el DSM 5**

#### **A. Existencia de obsesión, compulsión o ambas.**

Un individuo puede reflejar ideas de obsesión mediante:

- La generación de pensamientos o imágenes no deseados con una frecuencia permanente, presentándose durante el desarrollo del trastorno, siendo característicos por generar en la persona situaciones de ansiedad.
- La persona, para poder ignorar y detener estos pensamientos, trata de realizar otro tipo de pensamiento o acto, es decir, una compulsión.

Los individuos pueden realizar actos de compulsión de la siguiente forma:

- La persona puede realizar conductas o comportamientos de manera reincidente como respuesta a obsesiones que pueda presentar.
  - Las conductas compulsivas se dan con la finalidad de disminuir los niveles de ansiedad y miedo que experimenta un individuo; no obstante, estas conductas mentales no siempre guardan una conexión con la realidad, por lo que, en gran parte este esfuerzo se convierte en algo excesivo.
- B. Es importante mencionar que tanto la obsesión como la compulsión tienden a tener presencia aproximadamente entre más de 1 hora al día, generando así problemas en diferentes aspectos de la vida de una persona.
- C. La sintomatología de este trastorno no guarda ningún tipo de asociación con los efectos que genera el consumo de alguna sustancia o por afecciones médicas.
- D. Las alteraciones que puede expresar un individuo no pueden ser explicado por otro tipo de trastornos mentales.

La gravedad de este trastorno se mide en función al nivel de introspección o insight del sujeto, es decir, con el reconocimiento de este de que sus creencias son o no ciertas (32):

- **Realización de introspección de manera aceptable**, es decir, la persona reconoce que las creencias del TOC son cierta o probablemente no ciertas.
- **Con escasa introspección:** El individuo no reconoce que las creencias del TOC son cierta o probablemente no ciertas.

- **Sin introspección/con creencias delirantes:** El individuo asume una postura clara de la creencia del TOC, las cuales asume como ciertas.

La presencia de tics es también un especificador junto con la introspección, ya que la asociación TOC/tic responde débilmente a la monoterapia con ISRS, mientras que responde mejor a la combinación con Haloperidol, como se detallará más adelante (33).

Desde el 2013, se han reconocido diferencias entre el TOC y trastornos del espectro obsesivo y los trastornos de ansiedad, ello se ha evidenciado en lo publicado por el DSM-5. Esto debido a que, con fundamento neurobiológico, el TOC presenta compromiso del circuito órbito-fronto-estriato-pálido-talámico; mientras que, en los trastornos de ansiedad, las alteraciones se ubican y encargan de alterar partes de la corteza frontal y amígdala. Asimismo, el TOC se diferencia de los trastornos de ansiedad según el curso, las comorbilidades, los antecedentes, factores de riesgo y respuesta al tratamiento, entre otros (33).

Es así como ahora el TOC forma parte de su propia categoría de trastornos obsesivos, junto con diferentes trastornos como (32). :

- **La dismorfia corporal (TDC).**
- **Excoriación /TE).**
- **Tricotilomanía (TTM).**
- **Trastorno de acumulación (TA).**

- **TOC y trastornos asociados al consumo de sustancias o medicación.**
- **TOC y trastornos relacionados debido a otra condición médica.**
- **Otro TOC y trastornos relacionados especificados.**
- **TOC y trastornos relacionados no especificados.**

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su edición 11 (CIE-11), publicada en 2019, también agrupa al TOC dentro de su propia categoría junto con los siguientes (34):

- **Trastorno de Dismorfia corporal (DC):** Preocupación excesiva por no sentirse bien consigo mismo, generando comportamientos repetitivos al examinar constante el cuerpo.
- **Hipocondriasis (HS):** Preocupación excesiva ante la idea de portar una enfermedad grave o degenerativa, con conductas reincidentes al realizar exámenes médicos para verificar las condiciones de salud.
- **Trastorno de acumulación (TA):** Dificultad por deshacerse de las posesiones, sin considerar su valor, alcanzando a no contar con el espacio suficiente para residir.
- **Trastorno olfatorio de referencia (TOR):** Preocupación excesiva por emitir un olor corporal desagradable, con conductas repetitivas de revisar el olor de la ropa o el uso de perfumes.

- **Trastorno de excoriación (TE):** Conductas repetitivas al tener que realizar acciones de rascado en zonas de piel sana o sobre heridas.
- **Tricotilomanía (TTM):** Conductas compulsivas de arrancarse el pelo corporal.

### **Tratamiento**

El tratamiento actualmente más aceptado es la mezcla de la terapia cognitiva conductual (TCC) y los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (IRSS) (1).

**Tratamiento psicosocial:** Dentro de ella encontramos a la psicoeducación y la psicoterapia.

- **Psicoeducación:** Consiste en empoderar tanto al paciente como a los familiares acerca del origen de la enfermedad, las causas y su manejo. Es importante resaltar que puede ejecutarla no solo el psiquiatra, sino también trabajadores sociales, psicólogos o enfermeras. La psicoeducación tiene objetivos y son los siguientes:
  1. Contribuir a un mejor reconocimiento del TOC.
  2. Opciones de adaptación al entorno en función del estado clínico del sujeto.
  3. Brinda orientación para facilitar una interacción positiva entre paciente y familiares.
  4. Informar sobre las ofertas sociales, educativas y de salud disponibles.

- **Psicoterapia:** La TCC, particularmente la terapia de Exhibición y prevención de respuesta (EPR), es la única con evidencia sustancial, mostrando una tasa de respuesta de hasta el 83%, siempre y cuando se cumplan un número de sesiones de entre 13 y 20 para lograr un tratamiento óptimo. No obstante, en naciones conocidos por encontrarse en vías de desarrollo se hace difícil su aplicación debido a la poca oferta de especialistas. La TCC ha sido comparada con la terapia farmacológica, mostrando eficacia similar a las 12 semanas y mejoría mantenida a los 9 meses (1).

### **Terapia farmacológica**

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:** En relación con los IRSRS, se reconoce como el grupo farmacológico de primera selección con nivel de seguridad A1, mostrando menores efectos secundarios a comparación de los antidepresivos tricíclicos. Se recomienda utilizar una dosis en rango de media a alta y durante un lapso de por lo menos 6 a 12 meses, considerando también que el inicio del efecto farmacológico demora entre 8 a 12 semanas. Sin embargo, a pesar de la eficacia probada de los IRSS, alrededor del 40-60% de casos muestra mejoría parcial o nula de la clínica luego del tratamiento convencional (magnitud 0.48). Algunos metaanálisis determinaron que el Número necesario a tratar (NNT) ronda entre los valores de 4 y 6. La FDA (Food and



Drugs Administration) aprobó la utilización de Sertralina (magnitud 0.66), Fluvoxamina y Fluoxetina. La Paroxetina no ha mostrado ser superior al placebo en ensayos clínicos aleatorizados, mientras que el Citalopram es igual de eficaz que la Fluoxetina.

- **Antidepresivos tricíclicos:** La FDA aprobó el uso de Clomipramina, la cual tuvo una magnitud de efecto mayor a los ISRS (0.85 vs 0.48); sin embargo, su principal limitante en su uso son los efectos secundarios que producen, tales como síndrome anticolinérgico, abandono de tratamiento y alteración de la conducción cardiaca.
- **Moduladores de la transmisión glutamatérgica:** Se ha evidenciado disfunción en la sinapsis glutamatérgica en el circuito estriado tálamo cortical, lo cual es el fundamento para utilizar este grupo farmacológico. Dentro de este se encuentra el Riluzol (1).

En nuestro medio, el Hospital Víctor Larco Herrera utiliza como medicamento básico a la Sertralina; sin embargo, debido a las comorbilidades que acompañan al TOC, se utiliza la combinación del ISRS junto el antipsicótico Risperidona o con el ansiolítico Clonazepam (37).

No existe una definición absoluta para la respuesta al tratamiento o remisión, se acepta la descripción “periodo durante el cual los síntomas han mejorado hasta la no interferencia con la vida cotidiana del paciente” y se utiliza el cuestionario Y-BOCS para

cuantificar el empeoramiento y/o recaída del trastorno con una diferencia del puntaje de 5 (23).

### **Pronóstico**

Si el TOC no es tratado, tiende a la cronicidad con síntomas oscilantes. El inicio temprano puede derivar en un trastorno para toda la vida; no obstante, hasta un 40% de pacientes en edad temprana presentan una remisión durante la adultez. Lo que realmente complica el pronóstico es la asociación con otros trastornos, principalmente la depresión y la esquizofrenia (17).

Otro problema resaltante del TOC es su subdiagnóstico, ya que es detectado en la atención primaria en menos de un tercio de los casos estimados según la prevalencia de referencia actual, esto conduce a un retraso del diagnóstico de hasta 10 años, generando una brecha entre la iniciación de la sintomatología y el comienzo del tratamiento oportuno. Este subdiagnóstico conlleva a empeoramiento de los síntomas, retraso de tratamiento y abandono de este. Aunado a esto, la poca información con la que cuenta la población influye en el retraso del inicio del tratamiento, además de la estigmatización de la salud mental. Este hecho se puede remediar con una capacitación adecuada de los profesionales del sector salud en el primer nivel de atención (28).

Como si de por sí no fuese una situación alarmante, según estimaciones de la OMS, hasta el 58.3% de pacientes con TOC refieren no haber recibido ningún tipo de tratamiento. Esto

posiblemente se deba a que no son conscientes de los síntomas, estén temerosos a que no haya un manejo eficaz, estén incapacitados por la enfermedad o teman efectos colaterales (1).

Este trastorno frecuentemente se asocia con el consumo excesivo de sustancias dañinas, mala alimentación, problemas de dismorfia corporal y depresión crónica con pobre respuesta a múltiples esquemas farmacológicos y psicoterapia (28).

### **ESTUDIANTES DE MEDICINA Y SU SALUD MENTAL**

Ingresar a la universidad muchas veces es sinónimo de alegría para el estudiante de primer año como de orgullo para sus familiares; sin embargo, esta nueva etapa trae consigo el alejamiento de la familia, tener la necesidad de asumir responsabilidades individuales y colectivas, y la constante evaluación a la que se encuentra sometido el cachimbo, los cuales alteran la estabilidad emocional y física de estos. Es más, la evidencia menciona que el periodo de mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos es durante el primer año de carrera, esto se puede deber al hecho de que muchos de los estudiantes durante el inicio de la carrera aún deben afrontar la etapa de la adolescencia, lapso cuando de por sí se empiezan a evidenciar los trastornos neuropsiquiátricos (19).

En un estudio de frecuencia en los jóvenes respecto a los trastornos mentales, se evidenció que los estudiantes de medicina afectados son los menor edad y tienen 2 veces la probabilidad de estar cursando ciencias básicas; se plantea que, al ser demasiado jóvenes, no cuentan con las herramientas necesarias para manejar situaciones de estrés (2).

Así lo demuestra un estudio observacional descriptivo en Marruecos, donde participaron 637 estudiantes de medicina, cuyo objetivo era determinar la condición mental de los sujetos de estudio. Se concluyó que en la mitad de los estudiantes se evidenciaba algún trastorno psiquiátrico en rango bajo de acuerdo con el General Health Questionnaire (GHQ-12), siendo el Síndrome de Bournout el más frecuente en casi la mitad de afectados. Asimismo, un 90% responsabilizó como fuente de sus problemas a los estudios universitarios (38).

Esta prevalencia de trastornos mentales afecta el rendimiento académico del estudiante. Un metaanálisis en España determinó el desempeño funcional de los pacientes con TOC siendo estos niños y adolescentes, para eso se realizó una revisión sistemática tomando en cuenta 20 artículos (1450 participantes), los cuales realizaron una comparación de los resultados en funciones ejecutivas entre un grupo con TOC y un grupo control sano. Se concluyó que los pacientes afectados por el trastorno presentaron peor rendimiento ejecutivo en todas las funciones, destacando inhibición ( $d+ = -0.221$ ), flexibilidad cognitiva ( $d+ = -0.418$ ), dificultad para la toma de decisiones ( $d+ = -0.169$ ) y planificación ( $d+ = -0.319$ ). Sin embargo, una limitación de esta revisión fue su pequeño tamaño muestral (39).

Además, se propone el impacto emocional y mental en estudiantes universitarios producidos por la suspensión de clases presenciales y el periodo de distanciamiento físico, los cuales son proporcionales a los niveles de ansiedad y TOC, lo cual nos lleva al siguiente apartado (21).

## **PANDEMIA Y VIRTUALIDAD COMO AGENTES ESTRESORES**

El estado de emergencia por COVID-19 se convirtió en un riesgo para la salud de las personas, generando que a nivel mundial se tomen estrictas medidas de confinamiento, dichas reglas impactaron de forma negativa en el estado mental de las personas, causando estragos como: estrés, ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad, déficit de atención e hiperactividad. Además, la constante difusión por parte de los medios produjo lo que se llamó “infodemia”, es decir, un exceso en la información respecto al virus, produciendo mala comprensión de los mensajes de salud y aumentando aún más el miedo (5). En Brasil, de una muestra de 335 participantes, el 88.9% opinó que se expusieron a una cantidad excesiva de información relacionada al COVID-19, la cual se asoció a síntomas de ansiedad ( $p=0.04$ ). Además, el hecho del distanciamiento físico se asoció a síntomas tales como incremento del apetito ( $p=0.01$ ), sensación de falta de aire ( $p=0.003$ ) y sudoración ( $p=0.007$ ) (4).

En una revisión sistemática, se evidenció que pacientes con TOC de base, de dimensión contaminación/limpieza, vieron su cuadro complicado puesto que la actual situación los ha incitado a retomar rituales, hábitos y compulsiones que justamente tratan de evitar. La evidencia señala también que el autoaislamiento también empeora los síntomas de TOC (40).

Se ha identificado asociación entre la ansiedad por la muerte y la obsesión. Debido a la angustia generada por el riesgo inminente de contagio, fallecimiento de familiares y las múltiples medidas del lavado de manos constante, se pueden generar pensamientos y comportamientos intrusivos en torno al COVID-19, los cuales pueden cursar con TOC. Según

el estudio exploratorio, correlacional y transversal de Ramos Vera en 546 estudiantes de la salud, y utilizando los ítems de la Death anxiety scale versión COVID-19 (DAS-COVID-19), se determinó que dos de los reactivos del cuestionario (A1 “Tengo mucho miedo a morirme por COVID-19” y A9 “Me asusto cuando oigo a la gente hablar de epidemias o pandemias”) guardan una mayor relación con comportamientos obsesivos (41).

Otro hecho actual que impacta negativamente a la condición mental de los jóvenes universitarios es la virtualidad a la que se ha adaptado la universidad como consecuencia de la COVID-19, ya que se observó una prevalencia de emociones tales como agotamiento, frustración, irritabilidad, tristeza, angustia e incertidumbre, los cuales afectan finalmente el rendimiento académico, como consecuencia de una excesiva carga de tareas, mal funcionamiento de los recursos digitales, déficit en la orientación de las universidades y la poca empatía del profesor para con ellos (42). Esto, aunado a que la población joven es quien es la más propensa a verse comprometida su salud mental, generan el ambiente adecuado para la generación y/o agravamiento de cuadros psiquiátricos como el TOC.

El estudio transversal descriptivo realizado por Lovón y Cisneros buscó medir el impacto de las clases virtuales en 74 universitarios de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), en donde se evidenció que el estrés y la ansiedad fueron las 2 emociones más prevalentes en esta población, sobre todo en el subgrupo con bajos recursos económicos para poder adaptarse a la virtualidad. Como se explica en el estudio, las continuas interferencias en la conectividad, el desconocimiento de los recursos

virtuales y el entorno actual repercutieron de forma negativa, generando el sentimiento de frustración; si este se mantenía constante durante un periodo prolongado, conllevaría a la generación de constante intranquilidad ante la exposición de un mal inevitable: el fracaso académico. Es así como se plantea explicar la génesis de estados de ansiedad y TOC en estudiantes universitarios (43).

En relación con los profesionales de estudio, la revisión sistemática de Imbalí Vásquez detalla que el personal de salud tuvieron menor porcentaje de síntomas obsesivo-convulsivos que aquellos que no pertenecen al sistema de salud; además, aquellos son menos vulnerables al TOC que los estudiantes internos que cursan la carrera de Medicina. Este hecho es curioso ya que se esperaría que los trabajadores sanitarios se vean más afectados por la pandemia debido a que son la “primera línea”; sin embargo, también hay que considerar el hecho de que estos se encuentran mejor informados respecto a la peligrosidad de la COVID-19 a comparación de los trabajadores no sanitarios y los estudiantes. Este último hecho está en consonancia con el modelo de la terapia cognitiva acerca del origen del TOC, el cual plantea la intolerancia a la incertidumbre como eje para el origen y mantenimiento del trastorno (44).

## **2.1 Diseño metodológico**

### **2.2.1 Diseño de estudio**

El estudio asume un diseño de carácter descriptivo – observacional y de corte transversal, permitiendo detallar el comportamiento del fenómeno de estudio. Además de emplearse instrumentos validados para la compilación de información referente al objetivo de investigación.

### **2.2.2 Ámbito de estudio**

Este estudio se llevó a cabo en la Facultad de Medicina “San Fernando” de la Universidad Mayor de San Marcos (UNMSM), localizada en el distrito de Cercado de Lima, siendo el periodo de estudio los meses entre febrero a marzo del año 2023.

### **2.2.3 Variables de estudio**

- **Variables sociodemográficas:** Sexo, edad, estado civil, convivencia
- **Variables relacionadas a síntomas obsesivo-compulsivos:** Frecuencia, dimensiones y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.

### **2.2.4 Población de estudio**

#### **Población**

El universo elegido se encuentra constituido por los alumnos pertenecientes a la carrera de Medicina Humana, considerando solo aquellos que son mayores de 18 años actualmente registrados en séptimo año de la carrera, siendo estos 195.



## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de Inclusión:**

- Estudiantes matriculados dentro del séptimo año específicamente de la Escuela de Medicina Humana en el ciclo académico 2022-II.
- Estudiantes que firmen un documento expresando su participación voluntaria.
- Estudiantes mayores o igual a los 18 años, tanto hombres como mujeres.

### **Criterios de Exclusión**

- Estudiantes que estén matriculados en ciclos menores al décimo cuarto de la carrera de Medicina en el periodo académico 2022-II.
- A todo aquel que no desee ser participante del estudio o aquellos que no completen adecuadamente la encuesta.

## **Muestra**

La muestra se obtuvo a través de un tipo de muestreo no aleatorio por conveniencia o “en bola de nieve”. Se calculó el número de la muestra a evaluar mediante la “Fórmula para población finita”, donde la población (N) fue de 195, con un nivel de confianza ( $Z=1.96$ ) del 95%, un margen de error máximo aprobado (e) del 3%, una probabilidad de ocurrencia del evento estudiado (p) del 3% y una probabilidad de que no suceda el incidente (q) del 97%; obteniéndose un tamaño muestral de 77 estudiantes. La fórmula se muestra a continuación:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = 77$$

N: Tamaño de la población = 195

Z: Nivel de confianza = 95% (1.96)

E: Error de estimación máximo aceptado 3%

p: Probabilidad de ocurrencia del evento estudiado 3%

q: Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado 97%

n: Tamaño de la muestra = 77

### 2.2.5 Recolección de datos

Se pretende adquirir todos los datos necesarios para dar respuesta a los objetivos de investigación, ante ello, se empleó la como técnica de estudio la encuesta y como instrumento el cuestionario, la cual serán de tipo virtual y elaborado a través de Google forms, teniendo como link de acceso el siguiente:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNThiKOVMAWZ\\_d50lnExOWYpxAIFJiUxZXTdzK6G0Vp-5zwA/viewform?fbclid=IwAR2\\_A\\_KFktPB-gfZW\\_osYO4PfpXS\\_2rmZ0NUNm\\_M1vOL1EV\\_SYaBG2KXhAI](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNThiKOVMAWZ_d50lnExOWYpxAIFJiUxZXTdzK6G0Vp-5zwA/viewform?fbclid=IwAR2_A_KFktPB-gfZW_osYO4PfpXS_2rmZ0NUNm_M1vOL1EV_SYaBG2KXhAI)

Este se compartió de forma anónima y se envió por conveniencia a los correos electrónicos de la muestra de estudio perteneciente al de séptimo

año de la UNMSM, este incluirá el consentimiento informado y el enlace para acceder al cuestionario en mención.

El cuestionario, estructurado, elaborado y avalado previamente por Steketee en 1996, se modificó para el presente estudio; consta de las siguientes secciones:

- **Introducción:** Donde se brinda información al encuestado respecto al objetivo del presente estudio, dándose a conocer los apartados del instrumento. Además, se detallará la manera correcta para marcar cada respuesta de forma correcta.
- **Perfil socio - demográfico:** Se recoge información relacionada a la edad, sexo, estado civil y procedencia, mediante preguntas abiertas y cerradas.
- **Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale):** Evalúa la presencia y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos. Consta de la aplicación de la “lista de verificación de síntomas obsesivo-compulsivos”, la cual se compone de 64 ítems, con los cuales el entrevistado, en función a sus respuestas, define la dimensión de obsesiones y compulsiones más prevalentes y que le generan mayor ansiedad. Acto seguido, se presentan 10 ítems, los cuales se dividen en 2 divisiones, 5 para obsesiones y 5 para compulsión, y cuentan con una escala de respuesta que oscila entre valores de 0 a 4, cuyos valores abarcan desde no presentar ningún síntoma hasta presentar síntomas extremos). Asimismo, referente al diagnóstico, se clasifica con la sumatoria del puntaje de los 10 ítems: entre 0 y 7 (sin manifestaciones),

8 y 15 (manifestación leve), 16 y 23 (manifestación moderada), 24 y 31 (manifestación severa), y 32 y 40 (manifestación extrema).

### **2.2.6 Aspectos éticos**

La investigación no expuso a situaciones de riesgo a la muestra de estudio, guardando estricta confidencialidad de la información recabada. Asimismo, se obtuvo beneficios tanto para los estudiantes como para la sociedad, ya que el hecho de conocer la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos constituyó el primer paso para formular y aplicar estrategias tanto preventivas, diagnósticas y terapéuticas contra este síndrome; y así lograr que los estudiantes afectados no se sientan excluidos y puedan lograr su autorrealización personal.

Con respecto a la base de datos, no se expuso la identidad de aquellos que participaron en la investigación, tomando en cuenta la protección de los sujetos a través de la Ley 29773: Protección de los datos personales y el Decreto supremo N° 003-2013-JUS; además de tener en cuenta principios bioéticos a fin de respetar los derechos de cada persona, tomando en cuenta también la Declaración de Helsinki (Ver ANEXO 4). Los datos recolectados fueron utilizados únicamente por el tesista y el asesor de la presente tesis con fines netamente investigativos. Antes del desarrollo del estudio, se sometió este a procesos de validación, con el propósito de asegurar su confiabilidad y aceptación por parte del Comité de ética de la universidad.

Es importante mencionar que, antes de proceder a ejecutar el instrumento, se dio alcance a los estudiantes fichas de consentimiento informado bajo

la modalidad virtual, así como las encuestas, el cual firmaron para garantizar su participación voluntaria.

### **2.2.7 Análisis de datos**

La presente investigación empleó un análisis descriptivo univariado, el cual permitió organizar de forma sistemática los datos de cada variable a través de tablas y figuras porcentuales.

En el caso de las variables categóricas, se calcularon las frecuencias y los porcentajes; para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación estándar).

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2019 con licencia obtenida a través del convenio Microsoft – UNMSM para el cálculo del tamaño muestral, también fue necesario la tabulación de los datos obtenidos mediante el cuestionario en Google, el cual tuvo como función establecer valores porcentuales y frecuencia de cada variable, además de determinar la asociación entre la prevalencia de TOC. Referente al procesamiento de datos fueron presentados en tablas para un fácil y mejor entendimiento.

La sección que evaluó la presencia de TOC consta de diez ítems: siendo 5 en relación con obsesiones y 5 en relación de compulsiones. Se estableció valores de 0 a 4 para identificar la presencia de síntomas, en cuanto a la clasificación, se midió bajo una escala que va desde la menor presencia de manifestaciones hasta un nivel severo. En cuestión a la fiabilidad del instrumento, este presentó un alfa de Cronbach para presencia de TOC en un 0.78 y para personas sin manifestación clínica de 0.89, lo cual se traduce en altamente aceptable para su aplicación

# CAPÍTULO III

## 3.1 Cronograma

Meses	Diciembre 2022				Enero 2023				Febrero 2023				Marzo 2023				Abril 2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Semanas del mes																				
Elección del problema de estudio	■																			
Presentación de título de investigación		■																		
Desarrollo de Marco Teórico			■	■																
Desarrollo de cuestionario				■																
Aprobación del proyecto					■	■	■	■	■	■	■	■								
Recolección de información													■	■						
Procesamiento y análisis de datos															■	■				
Conclusiones																	■			
Redacción del informe																		■		



## **3.2 Presupuesto**

### **3.2.1 Recursos humanos**

**Tesista:** Rosadio Portilla, Jesús Gabriel.

**Asesor:** Dr. Juan Carlos Ocampo Zegarra

### **3.2.2 Recursos materiales**

Computadora, sillas, escritorio, dispositivo USB, libros, separatas, impresora, hojas bond, celular.

### **3.2.3 Recursos institucionales**

UNMSM



### 3.2.4 Recursos económicos

<b>Bienes</b>	<b>S/. 280</b>
Libros y separatas	S/. 30
Útiles de oficina	S/.200
Otros	S/. 50
<b>Servicios</b>	<b>S/. 620</b>
Pasajes	S/. 100
Alimentos	S/. 300
Fotocopias	S/. 250
Empastados y encuadernación	S/. 40
Otros	S/. 30
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 900</b>

# CAPÍTULO IV

## 4.1 Resultados

Seguidamente, se dan a conocer los resultados obtenidos durante el desarrollo del estudio:

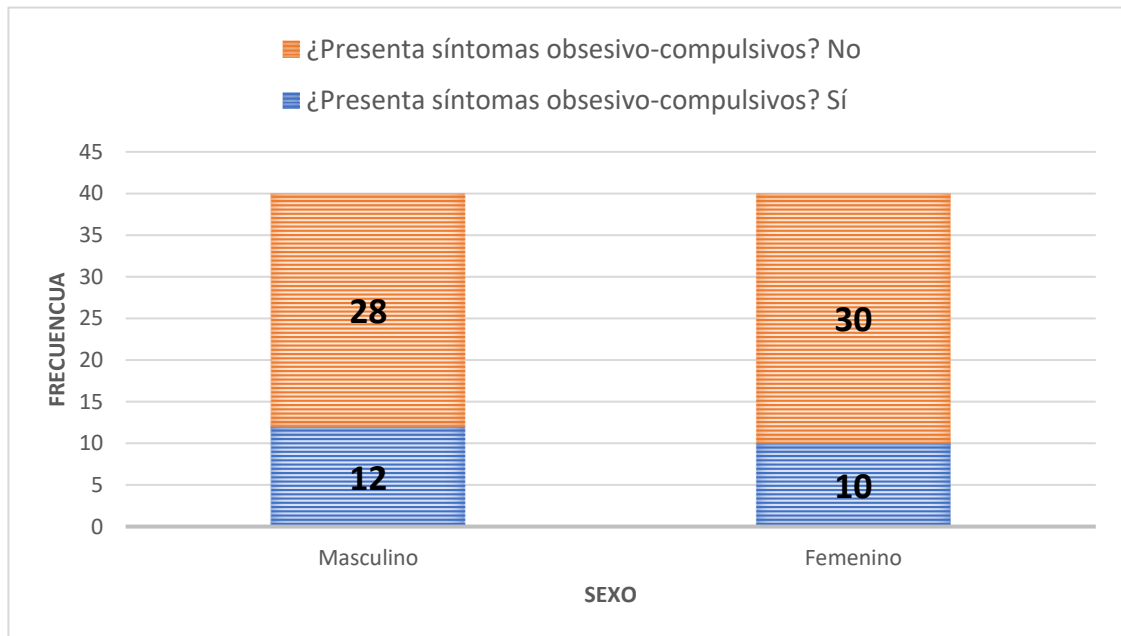
### ❖ Datos sociodemográficos

#### Sexo

Los encuestados estuvieron compuestos por 80 estudiantes, dentro de lo cual 40 fueron varones (lo cual corresponde a un 50%), y los 40 restantes fueron mujeres (representando el otro 50%).

En relación con la prevalencia de la sintomatología de TOC, se identificó que, de 40 varones, 12 (30%) presentan algún grado de síntomas; y, de 40 mujeres, 10 (25%) presentan algún grado de síntomas.

**Gráfico 1: Prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en relación con el sexo en internos de Medicina de la UNMSM.**



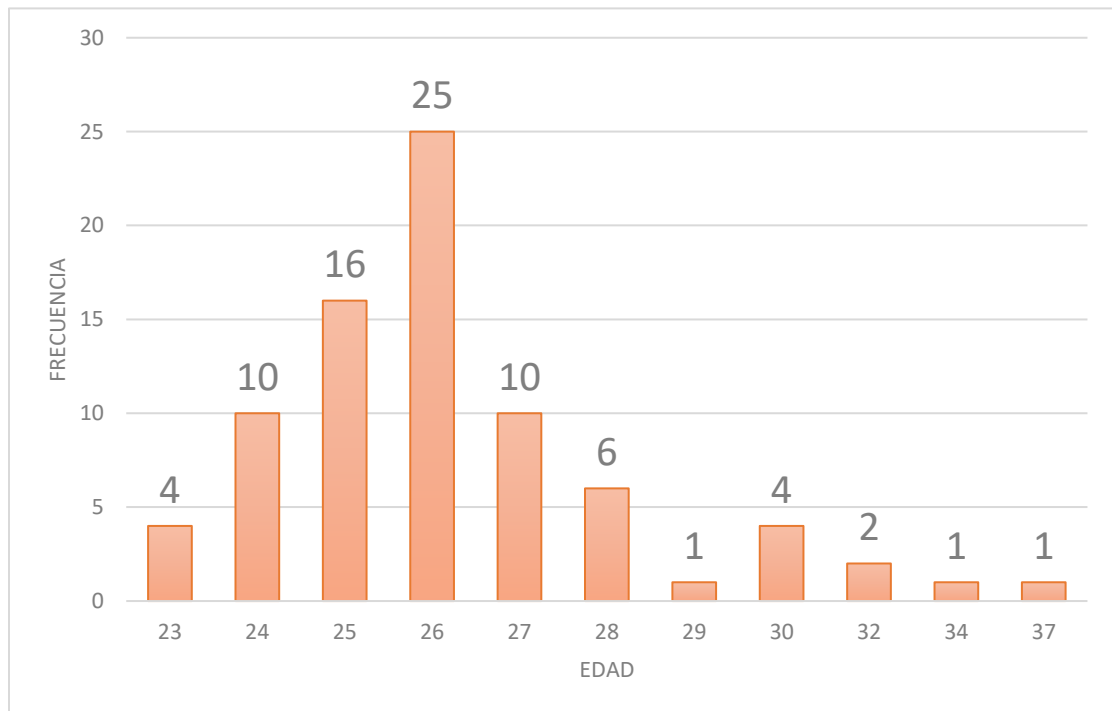
Fuente: Ficha de recolección de datos.

## Edad

Se determinó que los 80 estudiantes tuvieron edades de 23 a 37, siendo la edad con más representación la de 26 años con un 31.25%, distribuyéndose de la siguiente manera:

Se reconocieron las edades de 23 (1 estudiante), 24 (10 estudiantes), 25 (16 estudiantes), 26 (25 estudiantes), 27 (10 estudiantes), 28 (6 estudiantes), 29 (1 estudiante), 30 (4 estudiantes), 32 (2 estudiantes), 34 y 37 años (1 estudiantes respectivamente). La media de las edades fue de 26.3 años con una desviación estándar de 2.38 años; una moda y mediana ambas de 26 años; con un Q1 de 24 años, un Q3 de 26 años y un rango intercuartílico de 2.

**Gráfico 2: Distribución por edad de los internos de Medicina de la UNMSM.**

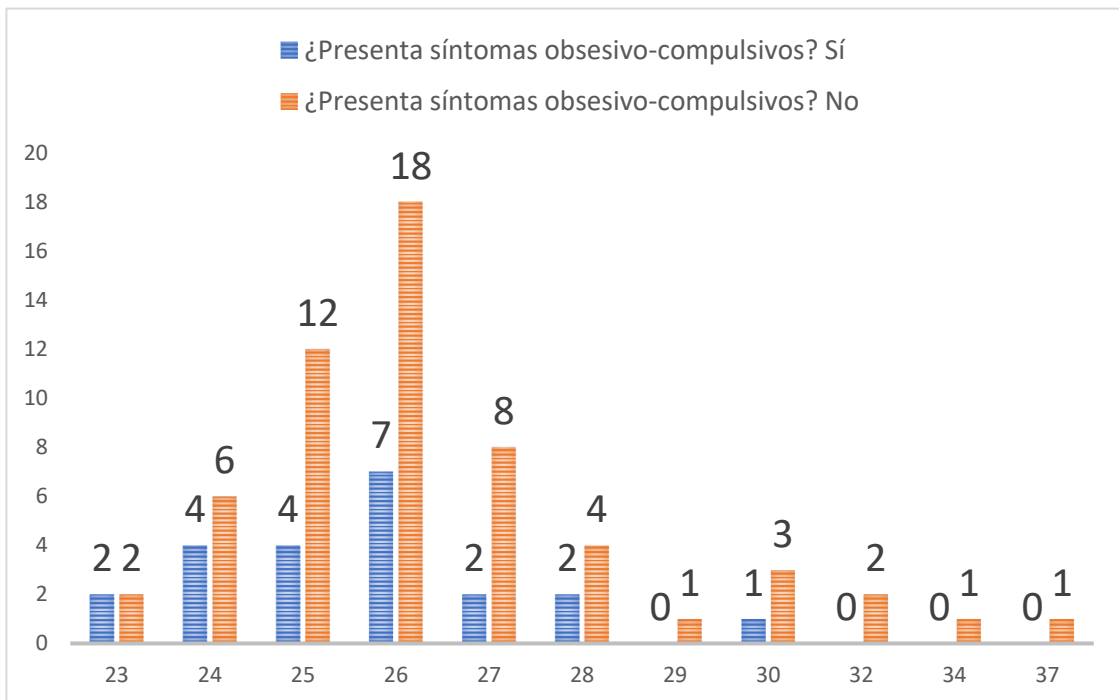


**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

La edad en donde mayor prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos se encontró fue a los 23 años, quienes 2 de 4 internos (50%) presentan algún síntoma; le sigue la

edad de 24 años, en donde 4 de 10 (40%) presentan síntomas; luego encontramos al grupo de 28 años con 2 casos de 6 internos (33,3%). Posteriormente, 7 internos de 25 (28%) con 26 años presentan síntomas; destacando estudiantes de 25 y 30 años que comparten el mismo nivel de prevalencia del 25% (4 casos en 16 internos y 1 caso en 4 internos, respectivamente). Finalmente, el grupo menos afectado fue el de los 27 años con 2 casos en 10 internos (20%).

**Gráfico 3: Prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en relación con la edad en internos de medicina de la UNMSM.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

De la totalidad de estudiantes que presentan algún síntoma obsesivo-compulsivo, 32% corresponde al grupo de 26 años.

## Procedencia

Con respecto a la distribución geográfica, se encontró que 77 estudiantes son de procedencia urbana, representando la mayoría con un 96.25%; mientras que los 3 restantes (3.75%) provienen del área rural.

## Estado civil

Con respecto al estado civil, 75 (93.75%) son solteros y representan la mayoría de los internos; mientras que 4 (5%) con casados y 1 (1.25%) afirma encontrarse en una unión libre.

### ❖ Cuestionario Y-BOCS

#### Ideas obsesivas

Del total de la muestra conformada por 80 internos de medicina, 22 de ellos (27.5%) presentó síntomas obsesivo-compulsivos con algún grado de severidad significativo en base al cuestionario Y-BOCS. De este grupo, el 54.5% estuvo conformado por varones, quienes 2 de ellos (9%) presentaron una severidad de síntomas moderada y grave según el cuestionario.

**Tabla 2: Grado de presencia de síntomas obsesivo-compulsivos en función al sexo y severidad en internos de Medicina de la UNMSM.**

	Leve	Moderada	Severa	Total	Porcentaje
Hombre	10	1	1	12	54.5%
Mujer	10	0	0	10	45.5%
Total	20 (91%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	22	100%

**Fuente: Ficha de elaboración propia.**

A su vez, estos síntomas obsesivo-compulsivos se pueden agrupar en dimensiones según las ideas intrusivas predominantes:

- Simetría/orden

- Contaminación/lavado
- Acumulación
- Sexual/religiosa/agresión

### **Ideas obsesivas de simetría/orden**

A su vez, estas ideas de simetría se pueden clasificar según se acompañen o no de pensamientos mágicos, es decir, la preocupación de que un evento adverso suceda a no ser que las cosas se encuentren en su sitio.

Con respecto a las ideas acompañadas de pensamiento mágico, 4 internos (18.2%) afirman presentarlas en la actualidad, mientras que 7 (31.8%) las presentaron en algún momento del pasado.

En relación con las ideas no acompañadas de pensamiento mágico, 4 internos (18.2%) las presentan actualmente y 2 (9.1%) las presentaron en el pasado.

Como complemento, 4 internos presentaron ambos tipos de ideas de simetría: uno de ellos presentó ambas en el pasado, 2 presentaron ideas acompañadas de pensamiento mágico en el pasado, pero actualmente las presentan sin pensamiento mágico; por último, 1 de ellos presenta actualmente ambos tipos de ideas.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados presentó en el pasado ideas acompañadas de pensamientos mágicos, mientras que el interno con síntomas severos es el que padece ambos tipos de ideas actualmente.

**Tabla 3: Prevalencia de ideas obsesivas de simetría-orden en función de la temporalidad en internos.**

	Actualmente	Nunca	Pasado	Siempre	Total
Acompañada de pensamiento mágico	4 (18.2%)	11 (50%)	7 (31.8%)	0	22 (100%)
No acompañada de pensamiento mágico	4 (18.2%)	16 (72.8%)	2 (9.1%)	0	22 (100%)

**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

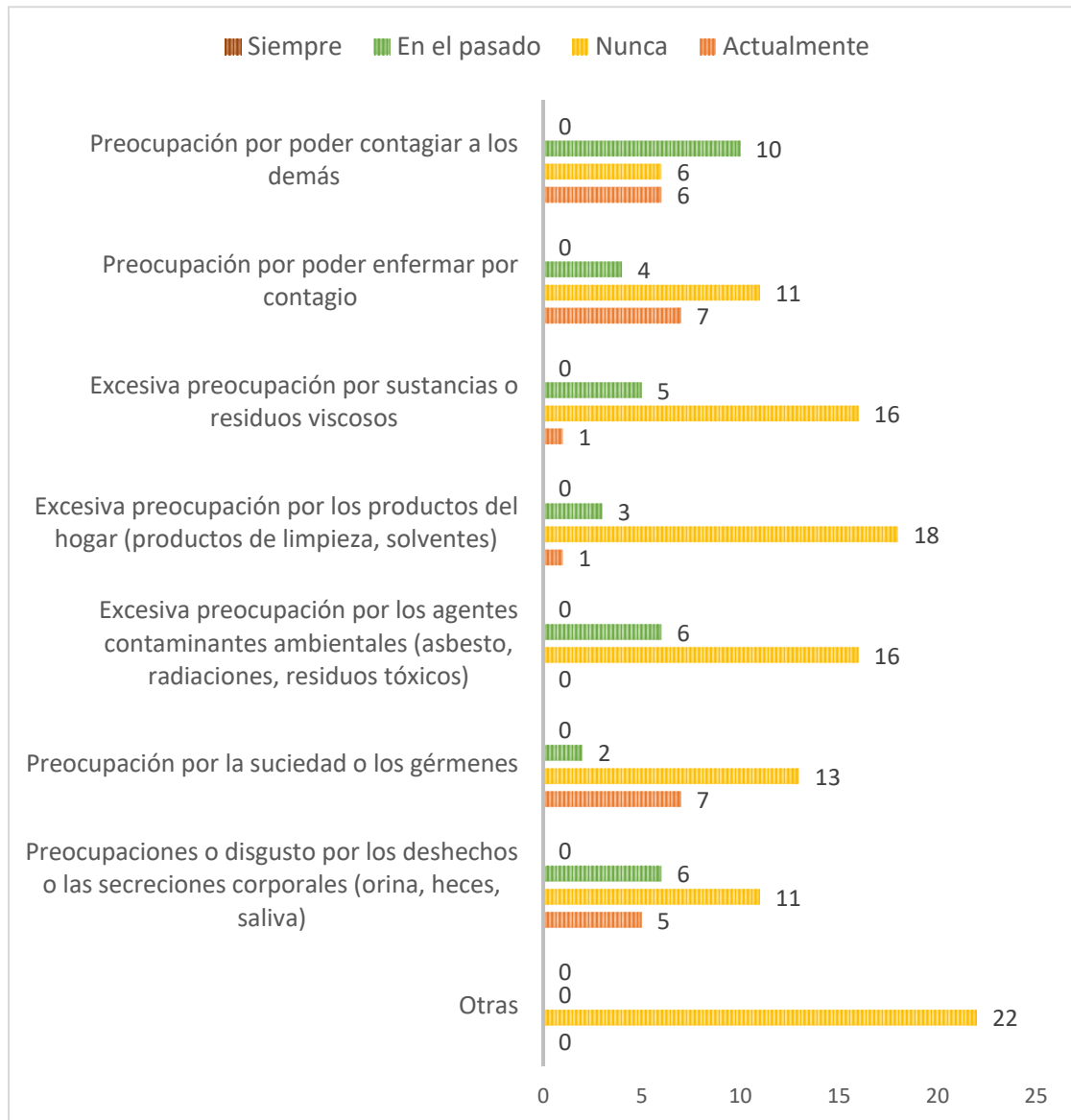
### **Ideas obsesivas de contaminación**

Respecto a las ideas de contaminación, la preocupación por la suciedad y los gérmenes, y la preocupación por poder enfermar por contagio son las ideas intrusivas más prevalentes en esta dimensión, ya que cada una es presentada por 7 internos (31.8%). Le siguen la preocupación por poder contagiar a los demás (en 6 internos, 27.3%) y la preocupación por secreciones corporales (en 5 internos, 22.7%).

Es notorio el hecho de que el 45.4% (10 internos) con síntomas obsesivo-compulsivos hayan presentado en el pasado la preocupación por poder contagiar a los demás.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados afirma haber presentado en el pasado solamente preocupación por los productos del hogar. Por otro lado, el interno con síntomas severos afirma haber experimentado todos los ítems entre algún momento del pasado y ahora.

**Gráfico 4: Prevalencia de ideas obsesivas de contaminación en función de la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM.**



Fuente: Ficha de recolección de datos

### Ideas obsesivas de acumulación

Con respecto a las ideas de acumulación, 2 internos (9.1%) afirman presentarlas actualmente, mientras que otros 2 internos (9.1%) afirman haberlas presentado en el pasado. En aquellos internos que presentan estas ideas actualmente, estas giran en torno a “la acumulación de útiles de escritorio” y “dinero”. En aquellos internos que



presentaron estas ideas en el pasado, estas se relacionaron a “lapiceros” y “monedas de un mismo valor”.

Es resaltante el hecho que los 2 internos con síntomas obsesivo-compulsivos moderado y severo refieren nunca haber presentado ideas obsesivas de acumulación.

**Tabla 4: Prevalencia de ideas obsesivas de acumulación en función de la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM.**

	Actualmente	Nunca	En el pasado	Siempre	Total
Ideas de acumulación	2 (9.1%)	18 (81.8%)	2 (9.1%)	0	22 (100%)

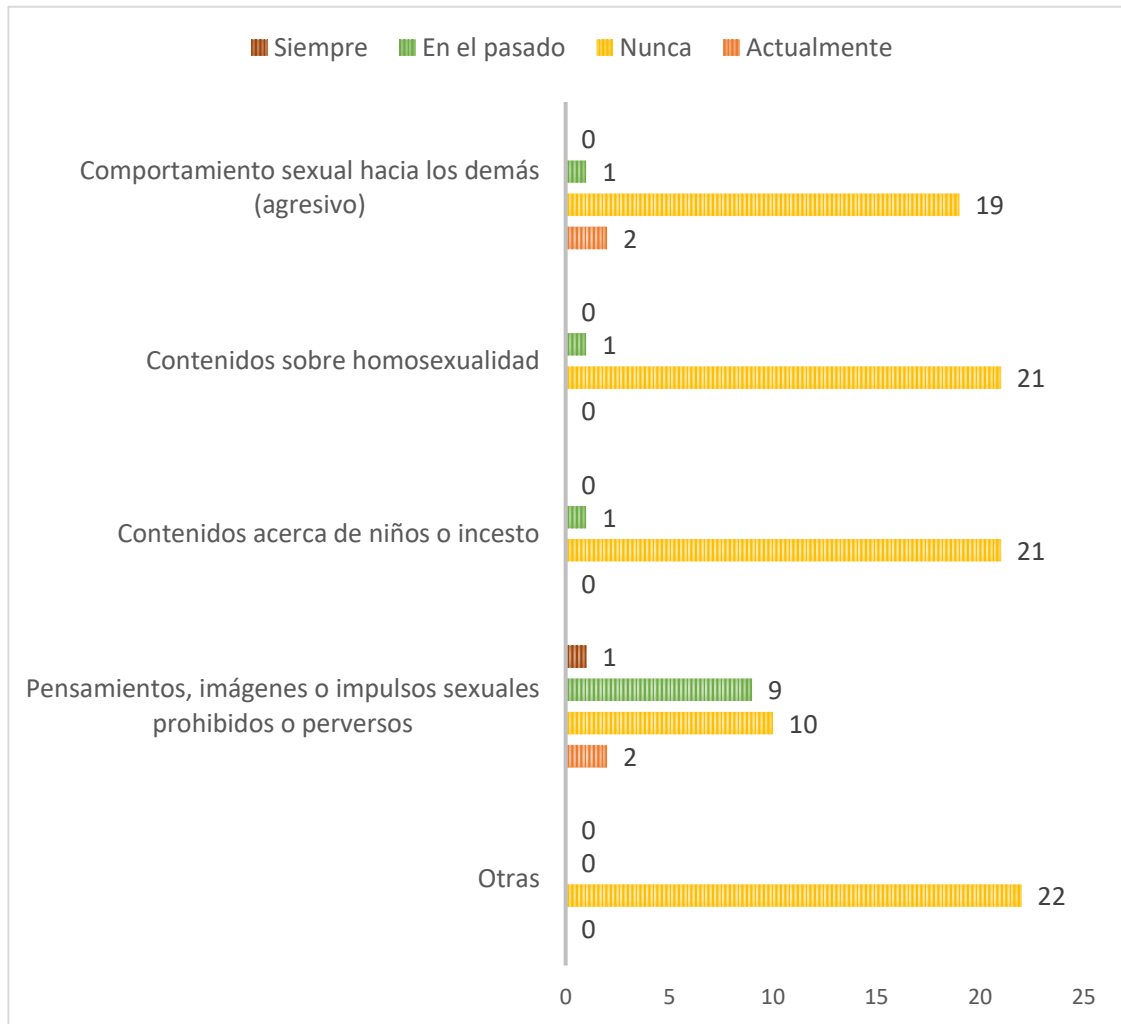
**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

### **Ideas obsesivas sexuales/religiosas/de agresión**

En relación con las ideas obsesivas sexuales, actualmente los pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos, y el comportamiento sexual agresivo hacia otros son las ideas intrusivas más prevalentes de esta dimensión, con un 9.1% cada uno (2 internos). Es resultante el hecho de que tales pensamientos o impulsos sexuales prohibidos fueron presentados hasta por el 41% de la muestra en algún momento del pasado (9 internos).

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados refiere nunca haber presentado ideas intrusivas de esta dimensión; mientras que el interno con síntomas severos refiere haber presentado todos los ítems entre algún momento del pasado y la actualidad.

**Gráfico 5: Prevalencia de ideas obsesivas sexuales en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con respecto a las ideas religiosas, actualmente solo el 9.1% (2 internos) refiere presentar excesiva preocupación con el bien y el mal, mientras que el 4.5% (1 interno) presenta preocupación por sacrilegio y blasfemia. Es interesante denotar el hecho que el 41% (9 internos) refiere haber presentado excesiva preocupación con el bien y el mal en algún momento del pasado.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados refiere presentar actualmente preocupación por sacrilegio y blasfemia; mientras que el interno con

síntomas severos refiere haber presentado en el pasado sensación de preocupación de blasfemia y por la distinción de las acciones correctas e incorrectas.

**Tabla 5: Prevalencia de ideas obsesivas religiosas en función a la temporalidad en internos**

	Actualmente	Nunca	En el pasado	Siempre	Total
Preocupación por sacrilegio y blasfemia	1 (4.5%)	17 (77.3%)	4 (18.2%)	0	22 (100%)
Preocupación por situaciones caracterizadas por ser malas o buenas, regida por un sentido de moralidad	2 (9.1%)	11 (50%)	9 (40.9%)	0	22 (100%)
Otras	0	22 (100%)	0	0	22 (100%)

**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

Finalmente, las ideas obsesivas agresivas, actualmente el miedo a hacer algo embarazoso y ser el responsable por cometer algo terrible se caracterizan por ser ideas intrusivas más prevalentes, ya que cada uno representa un 41% (9 internos). Seguido por el sentimiento de miedo a generar lesiones por no tener cuidado a los demás con un 31.8% (7 internos). Con un 18.2% cada uno, en tercer lugar, en prevalencia se encuentran el miedo a poder hacer daño a los demás y el miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos (4 internos cada uno).

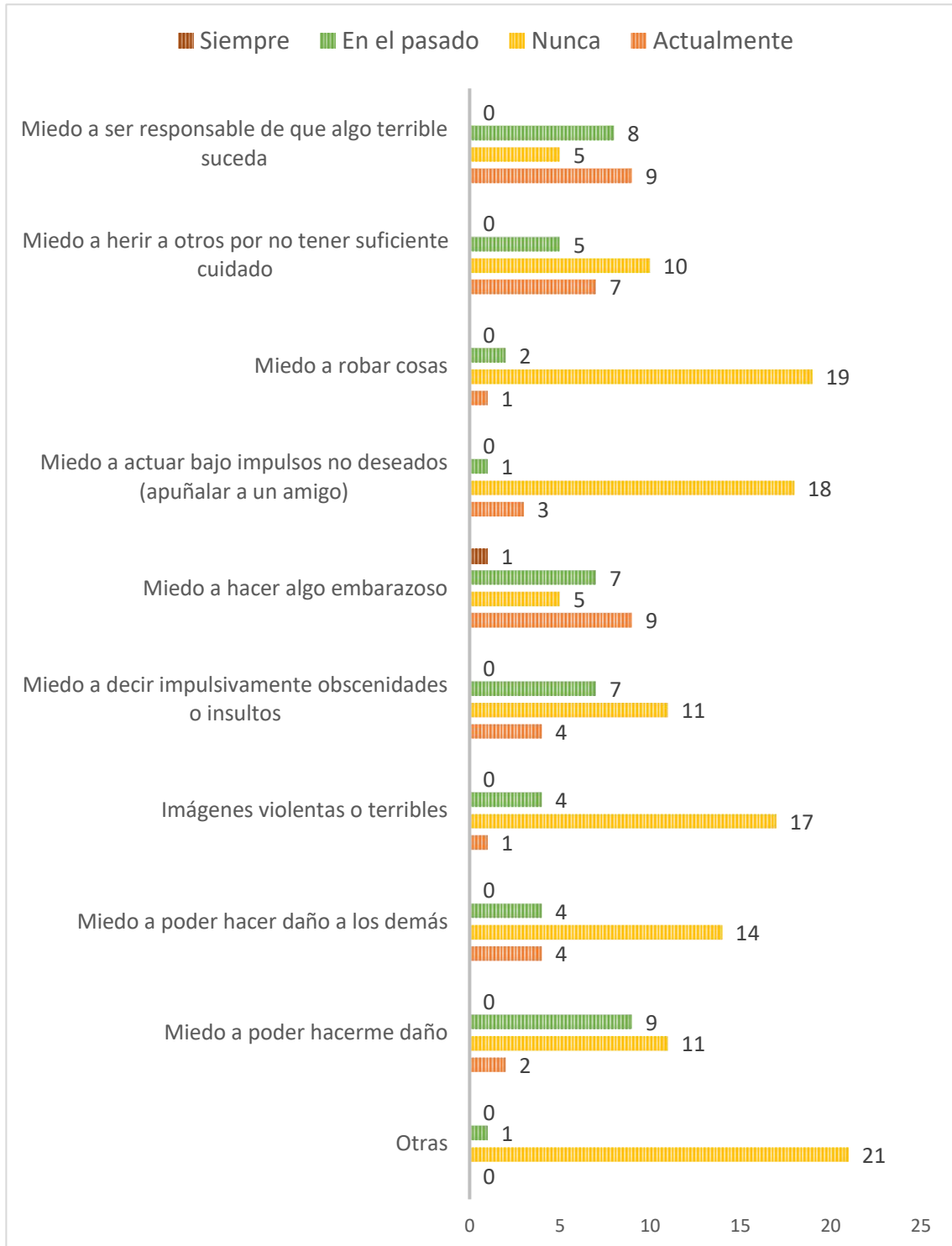
Importante resaltar que un 41% (9 internos) refiere haber presentado miedo a poder hacerse daño en algún momento en el pasado; así mismo, el 36.4% (8 internos) afirma haber sentido miedo en el pasado por creer haber podido causar algo malo en contra de los demás.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados afirma haber sentido en miedo en el pasado por tener sensaciones impulsivas para expresar insultos y obscenidades, además de poder realizar actos inadecuados. Por otro lado, el interno con síntomas severos afirma presentar actualmente casi todos los ítems en cuestión,

excepto la sensación por generarse daños a sí mismo o hacia los demás, y el miedo a robar cosas.

El interno que refiere haber presentado otra idea obsesiva agresiva en el pasado especifica que esta giró en torno a miedo a equivocarse.

**Gráfico 6: Prevalencia de ideas obsesivas agresivas en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## Ideas obsesivas somáticas

Como complemento a las 4 dimensiones antes mencionadas, el cuestionario Y-BOCS también incluye un apartado que evalúa ideas obsesivas en relación con el cuerpo. Se evidencia que el 31.8% de la muestra (7 internos) presentan actualmente preocupación por enfermedades, mientras que el 18.2% (4 internos) refieren a niveles excesivos de preocupación por la apariencia o algún aspecto del cuerpo. Es notorio el hecho de que el 36.4% (8 internos) hayan presentado en el pasado dismorfobia.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados refiere haber presentado tanta preocupación por enfermedades y dismorfobia en el pasado. Por otro lado, el interno con síntomas severos afirma presentar actualmente ambos.

**Tabla 6: Prevalencia de ideas obsesivas somáticas en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**

	Actualmente	Nunca	En el pasado	Siempre	Total
Preocupación por enfermedades	7 (31.8%)	10 (45.4%)	5 (22.8%)	0	22 (100%)
Niveles altos de preocupación respecto al aspecto físico de sí mismo	4 (18.2%)	10 (45.4%)	8 (36.4%)	0	22 (100%)
Otras	0	22 (100%)	0	0	22 (100%)

**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

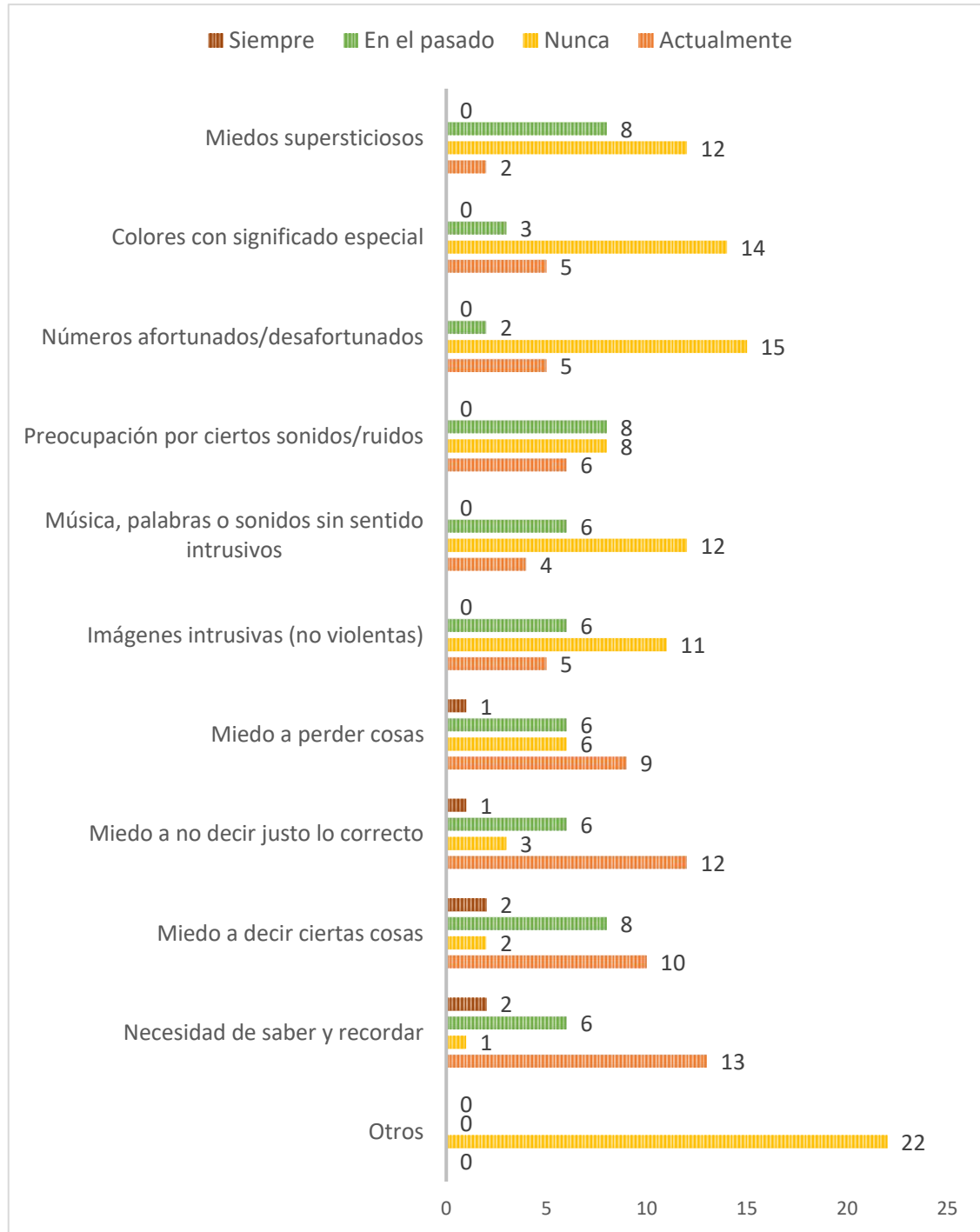
## Ideas obsesivas: miscelánea.

El 59.1% de internos (13 participantes) afirman presentar la idea obsesiva de saber y recordar, el 54.5% (12 internos) presenta actualmente miedo a no decir justo lo correcto y el 45.4% (10 internos) refieren presentar miedo a decir ciertas cosas.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados afirma haber presentado en el pasado la necesidad obsesiva de saber y recordar, y el miedo a no decir justo lo correcto.

Por otro lado, el interno con síntomas severos afirma presentar actualmente todas las ideas obsesivas del gráfico 7.

**Gráfico 1: Prevalencia de ideas obsesivas miscelánea en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.



## Conductas compulsivas

### Compulsión de ordenar/arreglar

El 18.2% de participantes con síntoma obsesivo-compulsivos (4 internos) refiere presentar compulsiones de orden, quienes los describen como “Ordenar todo lo que pueda en orden numérico, alfabético o cronológico”, “Necesidad de ordenar y limpiar mi cuarto antes de estudiar”, “Que todo en mi mesa mantenga un mismo orden y alineación milimétricamente” y “Arreglar los espacios de la casa”.

Tanto el interno con síntomas moderados como el de síntomas severos afirman nunca haber presentado conductas compulsivas de orden.

**Tabla 7: Prevalencia de conductas compulsivas de orden en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**

	Sí	No	Total
Compulsión de orden	4 (18.2%)	18 (81.8%)	22 (100%)

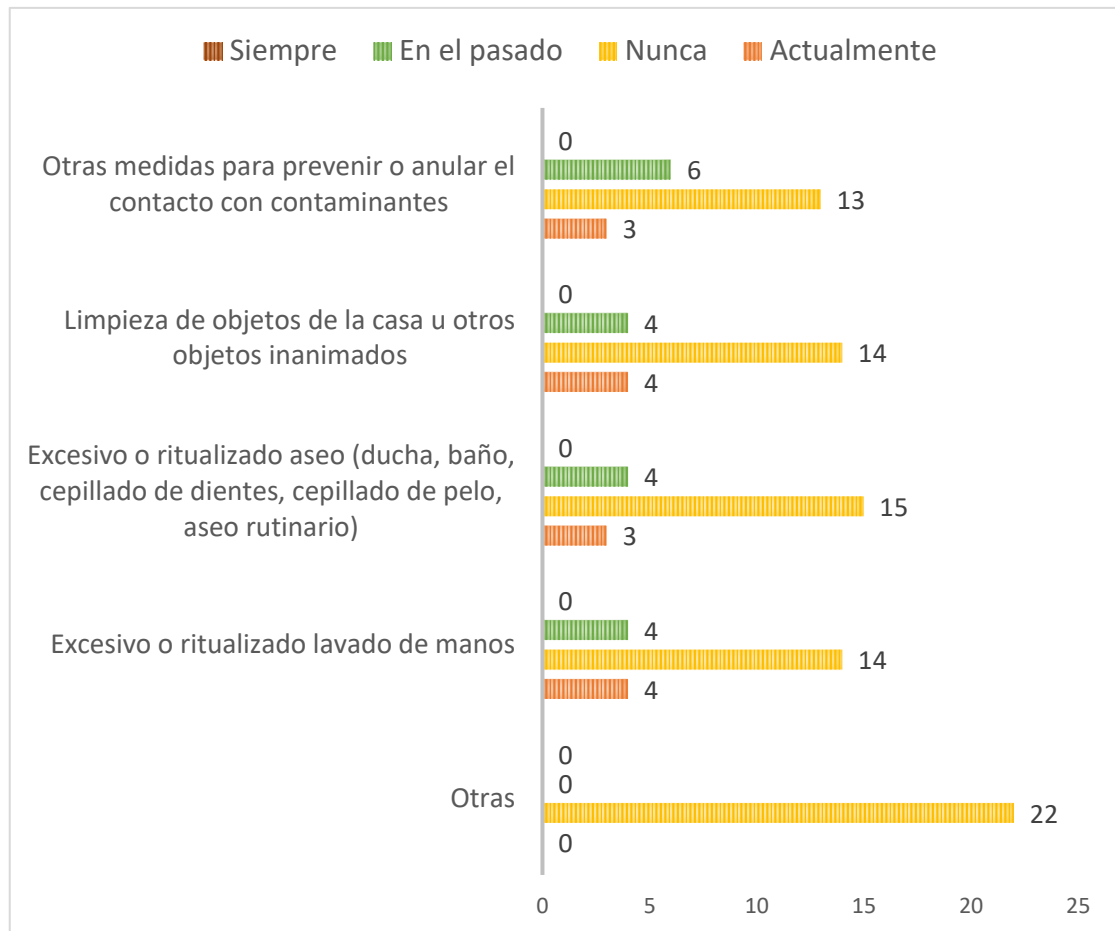
**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

### Conductas compulsivas de limpieza/lavado

El 18.2% de internos con síntomas obsesivo-compulsivos (4 participantes) refiere presentar actualmente un excesivo y ritualizado lavado de manos, mientras que otro 18.2% afirma realizar conducta compulsiva relacionada con la constante limpieza de ciertos objetos dentro de la casa. En segundo lugar, un 13.6% (3 internos) presentan un excesivo o ritualizado aseo.

El interno con síntomas obsesivo-compulsivos moderados refiere nunca haber presentado este tipo de compulsiones, mientras que el interno con síntomas severos refiere presentar en la actualidad todos los ítems del gráfico 8.

**Gráfico 8: Prevalencia de conductas compulsivas de limpieza en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

### Conductas compulsivas de acumulación

El 13.6% de internos con síntomas obsesivo-compulsivos (3 participantes) refieren presentar actualmente conductas de acumulación tales como “Acumular monedas de un solo valor”, “Coleccionar artículos de papelería” y “Tener colecciones completas de cualquier objeto: colecciones de monedas, colecciones de lapiceros de un modelo todos los colores, colecciones de todas los colores de plumones de una marca, coleccionar todos los colores de POST-IT, coleccionar vasos de todo tipo de formas o tomatodos”.

Tanto el interno de Medicina con síntomas moderados como el de síntomas severos refieren nunca haber presentado conductas compulsivas de acumulación.

**Tabla 2: Prevalencia de conductas compulsivas de acumulación en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**

	Sí	No	Total
Compulsiones de Acumulación	3 (13.6%)	19 (86.4%)	22 (100%)

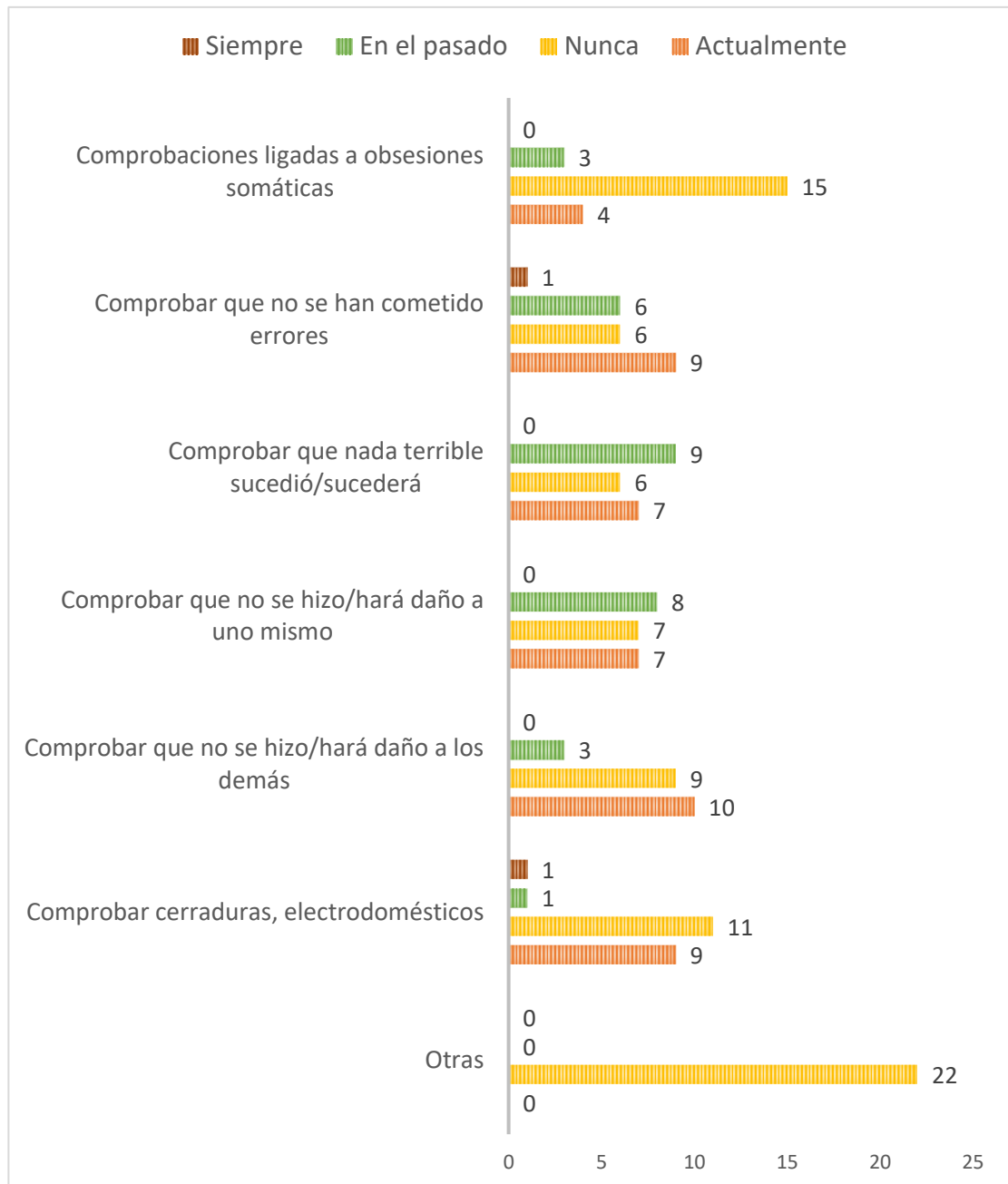
**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

### **Conductas compulsivas de comprobación**

El 45.4% de internos con síntomas obsesivo-compulsivos (10 internos) refiere presentar la compulsión de verificar la no generación de daños hacia los demás. En segundo lugar, ambos con una prevalencia del 41% (9 participantes), se ubican la comprobación de cerraduras/electrodomésticos y la comprobación de que no se han cometido errores.

El interno con síntomas moderados refiere nunca haber presentado este tipo de compulsión, mientras que el interno con síntomas severos afirma presentar actualmente todos los ítems del gráfico 9.

**Gráfico 9: Prevalencia de conductas compulsivas de comprobación en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## Compulsiones de repetición

La presencia de un 63.6% de internos (14 participantes) exhibieron síntomas obsesivo-compulsivos afirmando presentar actualmente la compulsión de releer o reescribir, mientras que un 22.7% (5 internos) refieren sentir la necesidad de realizar acciones de forma repetitiva sin tener un control sobre ello.

El interno con síntomas moderados refiere que actualmente presenta la compulsión de releer o reescribir, mientras que presentó en algún punto del pasado la compulsión de repetir acciones de modo rutinario. Por otro lado, el interno con síntomas severos afirma presentar actualmente los 2 ítems de la tabla 9.

**Tabla 9: Prevalencia de conductas compulsivas de repetición en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**

	Actualmente	Nunca	En el pasado	Siempre	Total
Releer o reescribir	14 (63.6%)	4 (18.2%)	3 (13.6%)	1 (4.5%)	22 (100%)
Realizar acciones de forma repetitiva, adquiriendo un sentido de rutina	5 (22.7%)	9 (41%)	8 (36.4%)	0	22 (100%)
Otras	0	22 (100%)	0	0	22 (100%)

**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

## Conductas compulsivas de contar

El 9.1% presenta síntomas obsesivo-compulsivos (2 participantes) refiere presentar conductas compulsivas relacionadas a contar, las cuales describen como “Contar varias veces cuando manejo cantidades de dinero considerables” y “Contar las sílabas de cada palabra”.

Tanto el interno con síntomas moderados como el interno con síntomas severos afirman nunca haber presentado este tipo de conducta compulsiva.

**Tabla 30: Prevalencia de conductas compulsivas de conteo en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**

	Sí	No	Total
Compulsiones de conteo	2 (9.1%)	20 (91.9%)	22 (100%)

**Fuente: Datos obtenidos por el cuestionario**

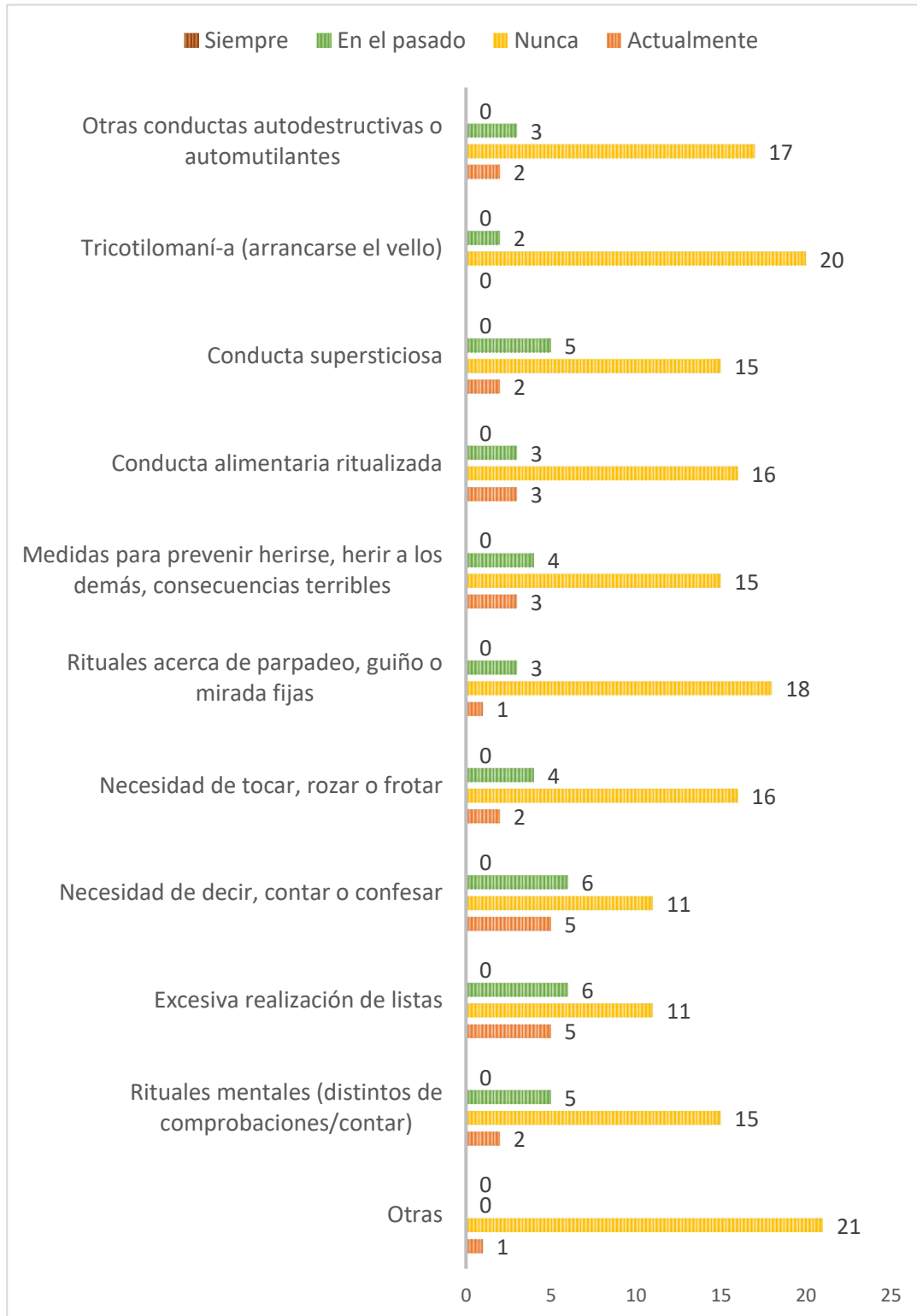
### **Conductas compulsivas: Miscelánea**

Se calcula que un 22.7% de internos con síntomas obsesivo-compulsivos (5 participantes) refiere tener excesivos comportamientos al elaborar listas o sentir como necesidad contar o confesar situaciones que han realizado. El 13.6% (3 participantes) afirma tener una conducta alimentaria ritualizada.

Llama la atención que el 22.7% (5 participantes) refiere haber presentado en algún momento del pasado una conducta supersticiosa.

El interno con síntomas moderados nunca ha presentado ninguno de los ítems del gráfico 10; por otro lado, el interno con síntomas severos afirma haber presentado y/o presentar todos los ítems del mencionado gráfico.

**Gráfico 10: Prevalencia de conductas compulsivas (miscelánea) en función a la temporalidad en internos de Medicina de la UNMSM con algún grado de severidad de síntomas obsesivo-compulsivos.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

## 4.2 Discusión

### ❖ Prevalencia de síntoma obsesivo-compulsivos

El presente estudio incluyó a estudiantes de Medicina de séptimo año de la UNMSM durante el ciclo académico 2022. Se compuso una muestra de 83 sujetos; sin embargo, 3 de ellos no completaron correctamente el instrumento, por lo que sus respuestas fueron descartadas y se consideraron finalmente 80 respuestas.

En la presente investigación, utilizando el cuestionario Y-BOCS, se evidenció una prevalencia de 27.5% de síntomas obsesivo-compulsivos; lamentablemente, esta cifra es difícil de contrastar con trabajos anteriores debido a las siguientes razones:

- 1 En primer lugar, la herramienta de recolección de datos utilizada en los diferentes estudios previos no es la misma; así pues, encontramos investigaciones donde se aplicaron el Y-BOCS, la prueba MINI, el inventario Maudsley, el cuestionario C-BOCI, etc., arrojando cada uno un valor de frecuencia distintos.

La herramienta que ha demostrado mayor sensibilidad es el Y-BOCS, como así lo demostró el estudio de Mazhar et al (6) quienes estudiaron la asociación entre los efectos de la COVID-19 y la presencia de la sintomatología TOC en estudiantes de Medicina en Pakistán, arrojando datos de prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos del 25%; mientras que, en otro estudio en Guatemala, el cual buscó determinar una asociación respecto a los síntomas obsesivos y compulsivos entre la razón de estar estudiando la carrera de medicina, Lemus Rodas (14), menciona una prevalencia de TOC de hasta el 70.54% de la muestra.

Por otro lado, la prueba MINI ha demostrado una sensibilidad menor, como así lo demuestra Valencia et al (19), quienes buscaron determinar la relación entre bajo rendimiento académico y trastornos neuropsiquiátricos, arrojando una prevalencia de



TOC del 2.6% de la muestra; como así también el estudio de Galli Silva et al (25), el cual tuvo como propósito evaluar el grado de presencia de trastornos mentales en estudiantes de medicina, concluyendo que un 0.8% de la muestra presenta TOC. Este contraste marcado en ambas pruebas se debe a que la prueba MINI es una prueba general que evalúa la presencia de distintos trastornos neuropsiquiátricos, mientras que el Y-BOCS busca única y exclusivamente ideas y conductas obsesivo-compulsivas.

En lo que respecta a nuestra investigación, el hecho de haber aplicado el Y-BOCS conduce a que nuestros resultados se asemejen más a los de los estudios de Mazhar y Lemus Rodas, entre otros ya mencionados en el apartado de antecedentes.

- 2 En segundo lugar, la población de nuestra investigación difiere de la de la mayoría de los estudios previos, puesto que en nuestro caso nos centramos exclusivamente en estudiantes que estén cursando el séptimo año (internos), mientras que los demás estudios abarcan una población más amplia (estudiantes de todos los semestres académicos). Posiblemente, el único antecedente cuya muestra se asemeja a la nuestra es el estudio de Alvarado Atahualpa (3), cuyo objetivo fue establecer qué tan frecuente se presenta el trastorno, además de caracterizar a la muestra de estudio, aplicando el C-BOCI, concluyendo que la prevalencia de TOC fue del 3.6% y la de sintomatología obsesivo-compulsiva fue del 27.9%. Si bien sus resultados se asemejan a los nuestros, es resaltante el hecho de que esta investigación empleó un instrumento distinto al usado en la presente investigación.
- 3 Como tercer punto, el contexto también influye entre los estudios previos y el nuestro, puesto que la gran mayoría de antecedentes se sitúan en la época previa al estado de emergencia por COVID-19, hecho que incrementa la incidencia y gravedad de distintos trastornos neuropsiquiátricos tales como estrés, ansiedad, depresión, insomnio, irritabilidad, falta de atención, entre otros. Es así como aquellos estudios

anteriores al 2020 no reflejan la prevalencia actual del espectro obsesivo-compulsivo. De entre los pocos estudios postpandemia, cuya población son estudiantes de Medicina, encontramos al de Taher et al (12), realizado en la India en 2020 planteando como propósito identificar los niveles de prevalencia del TOC, específicamente en internos de medicina dentro del contexto de COVID-19, aplicando la prueba OCI-R, concluyendo que el 43% de la muestra probablemente padezca de síntomas obsesivo-compulsivos. Nuevamente vale la pena resaltar que no se utilizó el mismo instrumento de nuestra investigación.

Incluso los resultados varían durante las diferentes etapas de la pandemia, esto se evidencia en el estudio de Wei and cols. (10) quienes aplicaron el cuestionario Y-BOCS a una muestra de 13 478 participantes en 3 momentos (durante el primer mes de la pandemia y en intervalos de 5 semanas); fue así que, considerando un puntaje mayor a 16 como “posible TOC”, se determinó que la prevalencia al inicio de la pandemia fue de 11.3%, la cual fue disminuyendo en las 2 tomas posteriores (3.6% y 3.5%, respectivamente).

#### ❖ **Características sociodemográficas**

- **Edad**

El rango de edades de nuestra muestra es comparable a la del estudio de Alvarado Atahualpa (3), en donde un 61% de participantes tuvieron edades entre 25 a 26 años, un 25% entre 23 a 24 años, un 12% entre 27 a 28 años, un 0.6% más de 28 años y un 0.3% menos de 23 años.

Sin embargo, existen otros estudios donde el rango de edad de las muestras fue menor a las nuestras. Por ejemplo, tenemos el estudio de González (23) quien precisó que los estudiantes con TOC en su muestra presentaron un rango de edad de 20 a 29

años, seguido del rango de 30 a 39 años. Rojas Larrea (17) concluyó que en su muestra la mediana de la edad fue de 22 años y presentó un rango entre 21 y 24 años. Para Sinchi (7), la mediana de edad de pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos fue de 21 años (20.93%). Finalmente, Ayala (18) determinó la media de su muestra en 20.8 años y una DS de 1.76 años.

Podemos concluir entonces que existe un amplio rango de edades en los estudiantes de Medicina, valores que incluso pueden modificar la frecuencia del trastorno puesto que Wei and cols. (10) determinaron que la prevalencia de posible TOC fue mayor en varones menores de 26 años; sin embargo, esta prevalencia se iguala en pacientes con una edad igual o mayor de 26 años. Finalmente, la homogenización de tales muestras sería muy difícil, impidiendo futuras revisiones.

- **Sexo**

La distribución en función el sexo en nuestra muestra es compatible a la de González (23), en donde concluyó que el 51% de afectados con TOC eran varones y el 49%, mujeres. Estos valores están en consonancia a lo establecido en la teoría, donde se especifica que en adultos existe una prevalencia similar de síntomas obsesivo-compulsivos tanto en varones como en mujeres.

Sin embargo, existen varios estudios cuyos resultados contrastan con lo anterior dicho, como el de Galli (25) en donde la totalidad de casos de TOC se presentaron en varones, aunque en baja proporción (1.14%). El estudio de Wei and cols. (10) concluyó que el sexo masculino presentó prevalencias más altas en las 3 aplicaciones del Y-BOCS (12.5%, 4.4% y 4.5%) a comparación del sexo femenino (10.6%, 2.7% y 2.9%). Pereira (21) concluyó que es el sexo femenino el que presenta mayores tasas de pensamientos negativos (preocupación, desánimo e irritación) y pensamientos

obsesivos que los varones. Rojas Larrea (17) también concluyó que existe mayor frecuencia de síntomas obsesivo-compulsivos en el sexo femenino. Al igual que Sinchi (7), cuyo estudio determinó que el 72.09% de estudiantes con síntomas obsesivo-compulsivos fueron mujeres.

Si bien Taher (12) encontró mayor prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en el sexo femenino (69.4% vs 30.6%), que Ayala (18) precisara mayor prevalencia en mujeres (62.5%) y que Alvarado Atahualpa (3) haya determinado que el 52,3% de su muestra son mujeres y el 47,7% varones, todos estos resultados no fueron estadísticamente significativo, puesto que presentaron valores de chi cuadrado por encima de  $p > 0.005$ .

Al igual que con la edad, la presentación de síntomas obsesivo-compulsivos en cuanto al sexo puede llegar a contradecirse según el estudio que se consulte. Aparentemente, son más numerosos los estudios que evidencian una prevalencia mayor en uno u otro sexo; sin embargo, rescatamos el hecho que nuestros resultados estén acorde a la teoría (28).

- **Procedencia**

A pesar de ser pocos los antecedentes que tomen a la procedencia como variable, la gran mayoría de estudios previos coincide con nuestros resultados. Es así como Rojas Larrea (17) concluyó que la mayoría de la muestra con síntomas obsesivo-compulsivos (75.45%) proviene de la zona urbana. Sultan (13) determinó que el 96.8% de su muestra proviene de zona urbana, mientras que el 3.2% restante proviene de zona rural.

Sin embargo, siempre hay excepciones, como el estudio de Mejía y Ramos (5) quienes determinaron que niveles altos de ansiedad por el lavado de manos (compulsión de

lavado) y el distanciamiento físico se evidenciaron en mujeres pertenecientes a zonas rurales y de bajo ingreso económico.

Por otro lado, en el trabajo de Alvarado Atahualpa, el 25% de estudiantes de Medicina con síntomas obsesivo-compulsivos afirmaba proceder de Lima, mientras que un 2% afirmaba proceder de otra región. Estos resultados hubiesen coincidido con los nuestros; lamentablemente, se demostró que tal asociación estadísticamente es no significativa puesto que el valor del chi cuadrado fue de 0.154 ( $p < 0.05$ ) (3).

En base a la evidencia mencionada, nos podría hacer sospechar en el estilo de vida más ajetreado y estresante que implica vivir en ciudades concurridas como factor de riesgo para presentar síntomas obsesivo-compulsivos, asociación que puede ser tema de investigación para futuros estudios (22).

- **Estado civil**

Nuestros hallazgos se respaldan con lo concluido por prácticamente el resto de los estudios que consideraron al estado civil como variable. Es así como Torres et al (22), quien determinó la prevalencia de síntomas sugestivos de TOC entre estudiantes Medicina en Brasil, evidenció que el 98.9% de la muestra eran solteros, mientras que solamente el 1.1% eran casados. Los resultados de Gallego (20) también concuerdan con los nuestros, ya que en su estudio concluyó que el 76.3% de la muestra eran solteros; mientras que el 26.7% restante mantenía relaciones de noviazgo, unión libre o matrimonio. Rojas Larrea (17) también concuerda en que la mayoría de su muestra (97.27%) se compone de estudiantes solteros. Sinchi (7) concluye que toda la muestra con síntomas obsesivo-compulsivos fue soltera. Para Sultan (13), el 96% de su muestra fue soltera y solo el 4% era casada. Taher (12) coincide en la prevalencia de solteros, ya que el 96.5% de su muestra lo fueron.

Mención aparte el estudio de González (23), en donde la mayoría de paciente con TOC fueron solteros, ya que estos representan el 51.7% de la muestra; sin embargo, es interesante resaltar que el 41.1% de pacientes con TOC eran casados, proporción que se distancia tanto de nuestros resultados como de los resultados de los otros estudios mencionados. Por el motivo explicado, Gonzales realizó un análisis de regresión multinomial, cuyas conclusiones fueron que una mayor edad, presencia trastorno de pánico sin agorafobia y una menor tasa de trastorno distímico se asocian al hecho de convivir o al estar casado. Por si no fuera poco, también se concluyó que el estado de divorciado, los cuales representaron un 7.2% de su muestra, se asoció a una mayor edad, mayor intensidad en los síntomas obsesivos de simetría y mayor tasa de trastorno por excoriación.

Finalmente, la asociación de ambas variables puede llegar a ser estadísticamente no significativa, como así lo demuestra el estudio de Alvarado, en donde el valor de chi cuadrado de esta asociación resultó en 0.461 ( $p < 0.05$ ), a pesar de que el 99.7% de su muestra hayan afirmado ser solteros (3).

El hecho de que la mayoría de los estudios coincidan en que el mayor porcentaje de pacientes con síntomas obsesivo-compulsivos sean solteros puede deberse al hecho de que este trastorno se presenta en edades tempranas de la vida (adolescencia y juventud), momento cuando la mayoría de personas aún no ha concretado lazos de noviazgo o matrimonio (22).

## ❖ Dimensiones de los síntomas obsesivo-compulsivos

Se detallará en primer lugar las ideas obsesivas y luego las conductas compulsivas:

- **Ideas obsesivas**

Nuestros resultados coinciden con unos estudios previos, mientras que contrastan con otros. Por ejemplo, conclusiones de Chávez Ávila (37), quien describió rasgos a nivel epidemiológico y clínico del TOC en una población de niños y adolescentes atendidos en el Hospital Víctor Larco Herrera, determinaron que la presencia de ideas obsesivas de contaminación es de las más recurrentes en su muestra; y de este grupo, específicamente el miedo de contaminarse con gérmenes (78%), seguida por el miedo a contaminar sus partes íntimas (8%). Estos resultados están acordes con los nuestros, como lo están también los del estudio de Delgado y Bernal (15), puesto que la idea obsesiva más prevalente en su muestra fue la de Contaminación con un 51%; en segundo lugar, la obsesión de Simetría con un 25%; así como la revisión sistemática de Imbali (44), en donde el 60% de participantes de su muestra presentó ideas obsesivas de Contaminación al inicio de la pandemia.

Por el contrario, nuestros resultados difieren de los del estudio de Ayala Servín et al (18), quienes buscaron establecer la relación entre las dimensiones del TOC en conjunto con factores asociados a la ansiedad en universitarios de la Universidad de Asunción, llegando a concluir que la dimensión TOC más frecuente es la de Acumulación y Orden; sin embargo, es importante resaltar que en tal investigación se aplicó el OCI-R. A su vez, Sinchi Centeno (7), quien determinó las características del TOC en estudiantes de Medicina en Ecuador, aplicando la escala obsesivo-compulsivo de Maudsley, llegó a la conclusión que la dimensión más prevalente es la de Orden con un 65.12%, seguida por la de Comprobación (48.06%), Acumulación (44.96%) y

Lavado (31.01%). Finalmente, Taher (12) concluyó en su estudio que el 28% de estudiantes con síntomas obsesivo-compulsivos presentó la dimensión más prevalente, la cual fue Acumulación.

Si bien la evidencia no encuentra conciliación en cuanto a sus resultados, es resaltante el hecho de que, en aquellos estudios centrados en estudiantes de Medicina, sea la Contaminación la dimensión más prevalente. Quizá esto no sea coincidencia puesto que desde los primeros años de carrera el estudiante está expuesto a materiales biocontaminados (muestras anatómicas, cursos de inyectables, etc.), situación que se mantiene constante a lo largo de la carrera, sobre todo al ingresar al hospital, donde interactúan con enfermos y permanecen jornadas enteras dentro del recinto (22).

Finalmente, todo lo anterior mencionado nos hace inferir que las dimensiones de ideas obsesivas varían según el contexto y la población, por lo que no se pueden homogenizar todos los resultados de los estudios revisados.

- **Conductas compulsivas**

Si de por sí son pocos los estudios que se centran en las diferentes compulsiones existentes, prácticamente solo uno coincide con nuestros resultados. Hablamos del estudio de Taher (12), quien concluyó que la conducta compulsiva más prevalente en su muestra fue la de Comprobación con un 29.6%, seguida por la compulsión de Limpieza con un 19.4%.

Por otro lado, el resto de los estudios contrastan con el nuestro. Asghar et al (11) determinó que las conductas compulsivas más frecuentes en su muestra fueron las de Lavado (23%), Orden (20%), Conteo (18%) y Comprobación (14%); además, todas fueron más prevalentes en el sexo femenino, excepto la conducta de Comprobación.



El estudio de Delgado y Bernal (15) tampoco coincide con el nuestro, puesto que aproximadamente la mitad de la muestra afectada por TOC (51%) presentó el lavado de manos, alimentos y ropa como la compulsión predominante. En segundo lugar, se evidenció la compulsión por el Orden en un 25% de la muestra. La revisión sistemática de Imbali (44) señala que la compulsión de Lavado fue la más prevalente con un 54% de su muestra y la que mayor incremento de la gravedad de los síntomas presentó debido a la emergencia sanitaria; además, este aumento se asoció a la escasez de productos de limpieza durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19. Es pertinente mencionar que, de los 24 artículos que se seleccionaron para la revisión sistemática, solamente 1 detalló qué tipo de compulsión se agravó; esto nos da a entender que la mayoría de los estudios se limita a cuantificar la prevalencia de TOC, mas no enfatizan en las dimensiones de este. Torres (22) evidenció que la compulsión de Orden era la más prevalente en su muestra, seguida por la de Acumulación, Comprobación y Lavado; además, la severidad de estas compulsiones se asociaba con ser estudiante de primer año, sobre todo las de Comprobación y Lavado.

Este contraste notorio entre la evidencia y el presente trabajo de investigación puede deberse al hecho que, a pesar de que la idea obsesiva más prevalente en nuestra muestra fue la de Contaminación, paradójicamente la compulsión de Limpieza se ubica en el tercer lugar según frecuencia, siendo la compulsión de Repetición la más prevalente. Esta discordancia entre obsesión y compulsión deberá profundizarse en futuros proyectos. De todos modos, los estudios previos de por sí son limitados y debemos tener cuidado en no cometer una falacia de evidencia incompleta.

#### ❖ **Severidad de síntomas obsesivo-compulsivos**

Son escasos los estudios previos que hayan incluido la severidad de síntomas obsesivo-compulsivos como variable; en este selecto grupo encontramos el trabajo de Rojas (17)

realizada en estudiantes de Medicina en Paraguay, cuya muestra fue conformada por 220 estudiantes, de los cuales el 64,04% presentaron niveles de obsesiones y compulsiones en diferentes grados: en un 45,45% Leve, el 16,36% Moderado y el 2,23% Severo. Nuestros resultados difieren de los de Rojas, sobre todo en la prevalencia de síntomas leves y moderados; sin embargo, rescatamos el hecho que los síntomas graves son los menos prevalentes en ambos estudios.

Pereira y cols (21) realizaron en Brasil un estudio con base en una muestra de 492 participantes y con el objetivo reconocer la condición de la salud desde el aspecto mental en los alumnos universitarios durante el periodo de pandemia COVID-19. Mediante la prueba Y-BOCS, se cuantificó que el 52.4% de la muestra (258 participantes) presentó síntomas leves; 46.1% (227 participantes), síntomas moderados; y 1.4% (7 participantes) evidenciaron síntomas severos de TOC ( $p=0.000$ ). En adición, este estudio determinó que aquellos universitarios que ya presentaban síntomas de TOC durante el inicio de la pandemia han presentado empeoramiento de la clínica. Nuevamente, los valores de prevalencia de este estudio no coinciden con los nuestros; empero, se rescata el hecho de que la frecuencia de los casos severos es la menor de todas.

Lemus (14) concluyó que el 70.54% de su muestra presentó alguna manifestación clínica de síntomas obsesivo-compulsivos. El 53.94% presentó clínica leve; 16.18%, clínica moderada; 0.41%, clínica severa. El estudio enfatiza que esta única persona con clínica severa es de sexo masculino y obtuvo un puntaje de 24 en el cuestionario Y-BOCS. Finalmente, Sultan (13) concluyó que, del 11% de su muestra con síntomas obsesivo-compulsivos, el 5.06% presentó manifestaciones leves; el 0.77%, manifestaciones moderadas; y no hubo ningún caso de manifestaciones severas.

Se puede concluir que ningún estudio consultado ha coincidido cabalmente con nuestros resultados en cuanto a severidad se refiere, a pesar de que en los 4 se utilizó la misma

herramienta (cuestionario Y-BOCS). Este contraste puede deberse, como ya se ha mencionado en apartados anteriores, a la distinta población y contexto propios de cada investigación. Estos factores no hacen menos válidos ni uno ni otro estudio, pero que sirven como evidencia para diseñar estudios más homogéneos a futuro.

### 4.3 Conclusiones

- 1 La prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de Medicina de la UNMSM se determinó en 27.5% (22 de 80 participantes).
- 2 Las características sociodemográficas de los internos con síntomas obsesivo-compulsivos muestra ligera tendencia hacia el sexo masculino, la edad de 26 años, en los solteros y en los de procedencia urbana.
- 3 Con respecto a las dimensiones de los síntomas obsesivos, en orden según prevalencia, encontramos a las de Contaminación (50%, 54.5% varones y 45.5% mujeres), Sexuales/religiosas/agresivas (34.6%, 66.6% varones y 33.3% mujeres), Simetría (31.8%, 100% varones) y Acumulación (9%, 50% varones y 50% mujeres).
- 4 En cuanto a las conductas compulsivas, en orden según prevalencia, encontramos a las de Repetición (68.1%, 53.3% varones y 46.7% mujeres), Comprobación (59%, 61.5% varones y 38.5% mujeres), Limpieza (27.2%, 33.3% varones y 66.6% mujeres), Orden (18.1%, 50% varones y 50% mujeres), Acumulación (13.6%, 33.3% varones y 66.6% mujeres) y Contar (9%, 50% varones y 50% mujeres).
- 5 La severidad de los síntomas obsesivo-compulsivos de los 22 estudiantes fue de leve en el 90.9% (20 estudiantes), moderada en el 4.54% (1 estudiante) y severa en el 4.54% restante (1 estudiante).

## 4.4 Recomendaciones

- 1 Es imperiosa la necesidad de la realización de más proyectos de investigación desde un contexto más amplio (regional y nacional), teniendo la finalidad de complementar los resultados de la prevalencia del presente estudio.
- 2 Acorde a las características sociodemográficas determinadas, surge la necesidad de reconocer a aquellos estudiantes que se encuentren incluidos dentro del grupo de riesgo (sexo, edad, estado civil, procedencia).
- 3 En función a las dimensiones y severidad de síntomas obsesivo-compulsivos, se recomienda la implementación de programas de prevención y control, puesto que existe un reducido grupo con cuadros moderados y severos.
- 4 Estos programas de prevención y control se pueden desarrollarse a través de los medios más utilizados por los estudiantes actualmente, como la consejería virtual, la telemedicina, etc. En ese sentido, se recomienda la concreción de evaluaciones psicológicas antes del inicio del internado médico y periódicamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ulloa Flores RE, Palacios Cruz L, Sauer Vera T del R. Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2011 [Consultado el 13 de diciembre de 2023];34(5):415–20. Recuperado a partir de: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500004](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500004)
2. Sánchez-Marín C, Chichón-Peralta J, Leon-Jimenez F, Alipazaga-Pérez P. Trastornos mentales en estudiantes de medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de diciembre de 2022];79(4):197. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000400002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000400002)
3. Alvarado Atahualpa OP. Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015 [Tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015. Recuperado a partir de: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM\\_8958bd895aa8de63066894e5b567118b](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_8958bd895aa8de63066894e5b567118b)
4. Ferreira LC, Amorim RS, Melo Campos FM, Cipolotti R. Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-Cov-2/COVID-19. PLoS One [Internet]. 2021 [Consultado el 13 de diciembre de

2022];16(5):e0251525. Recuperado a partir de:  
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251525>

5. Mejía-Zambrano H, Ramos-Calsín L. Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2022 [Consultado el 9 de diciembre de 2022];85(1):72–82. Recuperado a partir de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972022000100072](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972022000100072)
6. Mazhar K, Khaliq F, Arshad D. Association of COVID 19 pandemic with new onset Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) symptomology in the medical students – A cross sectional study. *BJPsych Open* [Internet]. 2021 [Consultado el 17 de diciembre de 2022];7(S1):S270–S270. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2021.718>
7. Sinchi Zenteno CM, Suquilanda Molina LD. Trastorno obsesivo-compulsivo en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de Cuenca 2021 [Tesis de Pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2021. Recuperado a partir de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3703>
8. Congreso de la República. Informe temático: N° 14/2017-2018. La salud mental en el Perú, marco normativo nacional y legislación comparada. Área de Servicios de Investigación. [Internet]. 2018 [Consultado el 31 de diciembre de 2022]. Recuperado a partir de:  
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5\\_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/\\$FILE/Salud\\_mental\\_Per%C3%BA\\_legislaci%C3%B3n\\_Am%C3%A9rica\\_del\\_Sur.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/FE22EFB78C85300B052581D400544D9F/$FILE/Salud_mental_Per%C3%BA_legislaci%C3%B3n_Am%C3%A9rica_del_Sur.pdf)

9. Yang F, Meng H, Chen H, Xu X-H, Liu Z, Luo A, et al. Influencing factors of mental health of medical students in China. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* [Internet]. 2014 [Consultado el 16 de diciembre de 2022];34(3):443–9. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1007/s11596-014-1298-9>
10. Ji G, Wei W, Yue K-C, Li H, Shi L-J, Ma J-D, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive symptoms among university students: Prospective cohort survey study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [Consultado el 16 de diciembre de 2022];22(9):e21915. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.2196/21915>
11. Asghar MA, Rehman AA, Shafiq Y, Siddiq A, Zehravi M, Khan K, et al. Relationship of Obsessive-Compulsive Disorders with Religion and Psychosocial attitude among Local Medical College Students of Karachi: An epidemiological study. *J Pak Med Assoc* [Internet]. 2020 [Consultado el 15 de diciembre de 2022];70(9):1563–7. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.5455/JPMA.34245>
12. Taher TMJ, Al-fadhul SAL, Abutiheen AA, Ghazi HF, Abood NS. Prevalence of obsessive-compulsive disorder (OCD) among Iraqi undergraduate medical students in time of COVID-19 pandemic. *Middle East Curr Psychiatr* [Internet]. 2021 [Consultado el 19 de diciembre de 2022];28(1). Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1186/s43045-021-00086-9>
13. Sultan S, Fallata EO, Bashar MDA, Olaqi EE, Alsharif GH, BinSaleh RA, et al. Prevalence, sociodemographic and academic correlates of obsessive-compulsive disorder in the



students of college of applied medical sciences, Umm Al-Qura university. J Obsessive Compuls Relat Disord [Internet]. 2021 [Consultado el 23 de diciembre de 2022];28(100604):100604. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211364920301251>

14. Lemus Rodas R. Relación entre la presencia de rasgos obsesivo-compulsivos y el hecho de estudiar medicina [Tesis de Pregrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2022. Recuperado a partir de: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2002/159.pdf>

15. Bernal Calle JA, Delgado Cando SH. Impacto psicosocial causado por el confinamiento por covid-19 en estudiantes de medicina de la Universidad del Azuay [Tesis de Pregrado]. Cuenca: Universidad de Azuay; 2022. Recuperado a partir de: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11948>

16. Rossi MJ, Altemburger JA, Picco RD, Romero JC, Cuevas WG, Melgarejo LR, et al. Screening for psychiatric disorders and patterns of substance use in Medicine students. An Univ Nac Asuncion [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de diciembre de 2022];53(3):41–52. Recuperado a partir de: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1816-89492020000300041&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1816-89492020000300041&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

17. Rojas Larrea DE. Nivel de obsesiones y compulsiones en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú en el 2018 [Tesis de Pregrado]. Coronel Oviedo: Universidad Nacional de Caaguazú; 2018. Recuperado a partir de:

<https://1library.co/title/nivel-de-obsesiones-y-compulsiones-en-estudiantes-de-medicina-de-la-universidad-nacional-de-caaguazu-en-el-2018>

18. Ayala Servín JN, Martínez López PL, Soria Grosso CA, Ayala Servín JN. Análisis de la correlación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo con la ansiedad en estudiantes universitarios de Medicina. Cienc médica [Internet]. 2022 [Consultado el 19 de diciembre de 2022];25(1):14–20. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332022000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332022000100014&script=sci_arttext)
19. Valencia Molina AM, Pareja Galvis ÁM, Arenas DAM. Trastornos neuropsiquiátricos en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico de una universidad privada de Medellín. CES Psicol [Internet]. 2014 [Consultado el 11 de diciembre de 2022];7(1):69–78. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539423007>
20. Gallego Henao MA. Prevalencia de depresión y factores asociados a esta patología, en los estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Caldas [Tesis de Pregrado]. Manizales: Universidad de Caldas; 2021 [Consultado el 11 de diciembre de 2022]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/16499>
21. Pereira MM, Soares E de M, Fonseca JGA, Moreira J de O, Santos LPR. Mental health of Brazilian university students during the Covid-19. Psicol - Teor Prát [Internet]. 2021 [Consultado el 11 de diciembre de 2022];23(3):1–19. Recuperado a partir de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872021000300010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872021000300010)

22. Torres AR, Cruz BL, Vicentini HC, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA. Obsessive-compulsive symptoms in medical students: Prevalence, severity, and correlates. *Acad Psychiatry [Internet]*. 2016 [Consultado el 08 de diciembre de 2022];40(1):46–54. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-015-0357-2>
23. González Abreu L, Tejada A, Guerrero Heredia H. Características sociodemográficas del trastorno obsesivo-compulsivo según ASRI-4 en pacientes que acudieron a Neurociencias HGH en el periodo Marzo 2008-2018, Santo Domingo, República Dominicana. *Psiquiatría.com [Internet]*. 2021 [Consultado el 11 de diciembre de 2022]; Recuperado a partir de: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/caracteristicas-sociodemograficas-del-trastorno-obsesivo-compulsivo-segun-asri-4-en-pacientes-que-acudieron-a-neurociencias-hgh-en-el-periodo-marzo-2008-2018-santo-domingo-republica-dominicana/>
24. Acevedo Parrales JD, Membreño Rodríguez XS, Morales Baldizón GM. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en estudiantes de I a V años de la Facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua “UNAN-MANAGUA”, en el primer semestre 2012 [Tesis de Pregrado]. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2014 [Consultado el 14 de diciembre de 2022]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.unan.edu.ni/5418/1/69483.pdf>
25. Galli Silva E, Feijóo Llontop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Medica Hered [Internet]*. 2002 [Consultado el 11 de diciembre de 2022];13(1):19–25. Recuperado a

partir de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2002000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2002000100004)

26. Pacheco-Vásquez DR, Guerrero-Alcedo JM. Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID-19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 2021 [Consultado el 10 de diciembre de 2022];40(9):902–6. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55971716004>
27. Zavaleta Corvera CE. Trastorno obsesivo compulsivo como factor asociado a dependencia del consumo de alcohol en estudiantes de medicina humana. Trujillo, 2021 [Tesis de Pregrado]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [Consultado el 13 de diciembre de 2022]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8797>
28. Interiano J, Reyes EN. Trastorno Obsesivo Compulsivo en Atención Primaria en Salud. Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría [Internet]. 2016 [Consultado el 8 de diciembre de 2022];10(2):568–604. Recuperado a partir de: <http://www.bvs.hn/RHPP/pdf/2016/html/Vol10-2-2016.html>
29. Organización Panamericana de la Salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y El Caribe. 1 ed. Washington: Oficina Sanitaria Panamericana; 2013. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-mental-es.html>

30. Instituto Nacional de Salud-INS (Peru) Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. Informe general. 1 ed. Lima: Anales de Salud Mental; 2012. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/pru-7409>
31. Rodelo Lobo GJ, Villabona Portilla LA. Revisión documental: Factores desencadenantes del trastorno obsesivo- compulsivo desde el año 2000 al 2019. Documentary Review: Triggers of Obsessive Compulsive Disorder from 2000 to 2019 [Tesis de Pregrado]. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020. Recuperado a partir de: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/975af7cc-b2a2-4a31-9264-f95eab44d6ed/content>
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. 10 edición. Arlington, VA: Médica Panamericana; 2013. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
33. Lozano-Vargas A. Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2017 [Consultado el 13 de diciembre de 2022];80(1):36. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-85972017000100006&lng=en&nrm=is&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972017000100006&lng=en&nrm=is&tlng=es)
34. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. 10 ed. Washington:

Programa de Publicaciones de la OPS; 2008. Disponible en:  
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

35. Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol* [Internet]. 2013 [Consultado el 12 de diciembre de 2022];4:99. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2013.00099>
  
36. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sanchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada RA. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta médica peru* [Internet]. 2016 [Consultado el 8 de diciembre de 2022];33(3):253. Recuperado a partir de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000300018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300018)
  
37. Chávez Ávila LF. Características clinicoepidemiológicas del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes Hospital Víctor Larco Herrera Lima- Perú 2014-2015 [Tesis de Pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5756>
  
38. Lemtiri Chelieh M, Kadhum M, Lewis T, Molodynski A, Abouqal R, Belayachi J, et al. Mental health and wellbeing among Moroccan medical students: a descriptive study. *Int Rev Psychiatry* [Internet]. 2019 [Consultado el 11 de diciembre de 2022];31(7–8):608–12. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2019.1675276>

39. López-Hernández P, Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar Á, Rosa-Alcázar AI. A meta-analytic study on executive function performance in children/adolescents with OCD. *An psicol* [Internet]. 2022 [Consultado el 14 de diciembre de 2022];38(3):478–88. Recuperado a partir de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-208818>
40. Cudris-Torres L, Barrios-Núñez Á, Bonilla-Cruz NJ. Coronavirus: epidemia emocional y social. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2020 [Consultado el 05 de diciembre de 2022];39(3):309–12. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.12442/7018>
41. Ramos-Vera C. Las relaciones dinámicas de red de la obsesión y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 durante la segunda cuarentena en universitarios peruanos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021 [citado el 11 de diciembre de 2022];50(3):160–3. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502021000300009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502021000300009)
42. Chambilla Rodríguez CA. Factores asociados y nivel de ansiedad frente a COVID – 19 en estudiantes del sexto año de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, mayo 2021 [Tesis de Pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/20.500.12773/12307>
43. Lovón Cueva MA, Cisneros Terrones SA. Repercusiones de las clases virtuales en los estudiantes universitarios en el contexto de la cuarentena por COVID-19: El caso de la PUCP. *Propós represent* [Internet]. 2020 [Consultado el 9 de diciembre de

2022];8(SPE3):e588–e588. Recuperado a partir de:  
<https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/588>

44. Imbali-Vázquez D, Romero-López-Alberca C. Trastorno Obsesivo-Compulsivo en tiempos de la COVID-19: una revisión sistemática. *Escr Psicol* [Internet]. 2021 [Consultado el el 11 de diciembre de 2022];14(2):145–55. Recuperado a partir de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092021000200010](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092021000200010)



## ANEXOS

### Anexo 1: Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operativa	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Tiempo que ha vivido una persona desde su Nacimiento	Edad cronológica del estudiante que participa en la encuesta	Numérica en años
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Unión libre</li> </ol>
Procedencia	Cualitativa nominal	Cosa o persona de que procede alguien o algo	Lugar de donde proviene el alumno	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rural</li> <li>2. Urbana</li> </ol>
Sexo	Cualitativa nominal	Condición orgánica que distingue machos de hembras	Condición que distingue a las mujeres de los varones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masculino</li> <li>2. Femenino</li> </ol>
Pensamiento obsesivo	Cualitativa nominal	Pensamiento que se impone en la mente de una persona de forma repetitiva y con independencia de la voluntad, de forma que no se puede reprimir o evitar con facilidad	Según la Escala de Yale-Brown	Escalamiento tipo Likert
Comportamiento compulsivo	Cualitativa nominal	Dicho de una persona, que padece necesidad irrefrenable de realizar determinados actos	Según la escala de Yale-Brown	Escalamiento tipo Likert

## **Anexo 2: Consentimiento informado**

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

Facultad De Medicina

E.A.P. Medicina Humana

“Frecuencia y características sociodemográficas de síntomas obsesivo-compulsivos en internos de Medicina humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2023”

Investigador: Jesús Gabriel Rosadio Portilla

Consentimiento informado para participar en el estudio

### **Objeto del estudio**

- Se extiende una invitación a participar del presente trabajo de investigación de tesis que tiene como objetivo establecer la frecuencia y las características de internos de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con síntomas Obsesivo-Compulsivos durante el año académico 2022. Este trastorno tiene como características producir disminución de las habilidades sociales y laborales y, al mismo tiempo, ser subdiagnosticada en la población de riesgo; por lo que representa una entidad de interés para su detección precoz y manejo óptimo.

## **Procedimientos y duración del estudio**

- Si usted acepta participar en este estudio, el único procedimiento que tendrá que realizar es completar el cuestionario Y BOCS, el cual se adjunta a continuación. El enlace de la encuesta se le envía a través de correo electrónico y estará disponible desde febrero a marzo del 2023.
- La participación es voluntaria, usted puede retirarse en cualquier momento del estudio, incluso si ya ha empezado a responder el cuestionario.

## **Resultados del estudio**

- Los resultados del estudio no identificarán individualmente a la persona que respondió cada cuestionario, por lo que la condición de anonimato se mantendrá durante todo el proyecto de investigación.
- Al finalizar el estudio, se le informará del resultado global del mismo si usted lo desea, pero NO de su resultado personal, que se tratará con total confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki.

## **Riesgos derivados de la participación en el estudio**

- No se prevén riesgos asociados a la participación en esta fase del estudio. No se generará ningún gasto económico adicional para el participante, se dispondrá de su disponibilidad de internet.

## **Costos e incentivos**

- Su participación en el estudio no le supondrá ningún costo. Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio e, igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema de investigación en cuestión, derivando en beneficios a mediano y largo plazo en la

mejora de la prevención, diagnóstico y manejo del trastorno mental en cuestión en estudiantes de medicina.

### **Confidencialidad de sus respuestas**

- De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados de los cuestionarios se tratarán con total confidencialidad. El protocolo de recogida de datos será archivado, y a cada participante se le asignará una clave, de tal modo que no pueda relacionarse la información obtenida con la identidad del sujeto. Los cuestionarios serán anonimizados, asegurando la imposibilidad de inferir su identidad, para su estudio y potencial análisis posterior.
- El investigador del proyecto se compromete a que la confidencialidad de los datos que se puedan obtener en dicho proyecto será escrupulosamente observada, y que los datos personales de los sujetos participantes no serán conocidos.

### **Uso futuro de la información obtenida**

- El investigador se compromete a no utilizar las muestras para otros estudios diferentes a los de este proyecto y a no traspasar los resultados a otros posibles proyectos o equipos de investigación.
- Los resultados del estudio pueden ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general. No obstante, la información concerniente a su participación será mantenida como confidencial.

### **Derechos del paciente**

- La participación del estudio es voluntaria, por lo que usted es libre de decidir el participar o no participar del estudio. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio puede preguntar al personal del estudio.

## **Consentimiento**

- Acepto de participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar. He leído toda la información que se me ha entregado, he hecho las preguntas sobre el estudio y he recibido información suficiente sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria.

Por lo expuesto presento libremente mi conformidad de formar parte del estudio:

## Anexo 3: Cuestionario definitivo

### Apartado A: Introducción

- El siguiente cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, cuyo objetivo es determinar la frecuencia, dimensión y gravedad de síntomas obsesivos-compulsivos en estudiantes del último año de la carrera de Medicina Humana de la UNMSM, así como las características sociodemográficas de este grupo humano.
- Quiero solicitarle su participación en el presente cuestionario, donde se guardará todos los protocolos de confidenciales y ética expuestos en el siguiente [Consentimiento informado](#) (hacer clic para ver consentimiento).

### Apartado B: Datos sociodemográficos

1. Edad:
2. Estado civil: Soltero / Casado / Unión libre
3. Procedencia: Urbano / Rural
4. Sexo: Masculino / Femenino

### Apartado C: Cuestionario Y BOCS

Categoría	Actuales		Pasadas	
	Sí	No	Sí	No
Obsesiones agresivas				
Miedo a poder hacerse daño				
Miedo a poder hacer daño a los demás				

Imágenes violentas o terribles				
Miedo a decir impulsivamente obscenidades o insultos				
Miedo a hacer algo embarazoso				
Miedo a actuar bajo impulsos no deseados (apuñalar a un amigo)				
Miedo a robar cosas				
Miedo a herir a otros por no tener suficiente cuidado				
Miedo a ser responsable de que algo terrible suceda (fuego)				
Otras				
<b>Obsesiones de contaminación</b>				
Preocupaciones o disgusto por los desechos o las secreciones corporales (orina, heces, saliva)				
Preocupación por la suciedad o los gérmenes				
Excesiva preocupación por los agentes contaminantes ambientales (asbesto, radiaciones, residuos tóxicos)				
Excesiva preocupación por los productos del hogar (productos de limpieza, solventes)				
Excesiva preocupación por sustancias o residuos viscosos				
Preocupación por poder enfermarse por contagio				
Preocupación por poder contagiar a los demás				

Otras				
Obsesiones sexuales				
Pensamientos, imágenes o impulsos sexuales prohibidos o perversos				
Contenidos acerca de niños o incesto				
Contenidos sobre homosexualidad				
Comportamiento sexual hacia los demás (agresivo)				
Otras				
Obsesiones de acumulación/ahorro				
Preocupación por sacrilegio y blasfemia				
Excesiva preocupación con el bien y el mal, moralidad				
Otras				
Obsesión con la necesidad de simetría o exactitud				
Acompañada de pensamiento mágico (preocupación de un accidente a no ser que las cosas estén en su sitio)				
No acompañada de pensamiento mágico				
Obsesiones - Miscelánea				
Necesidad de saber y recordar				
Miedo a decir ciertas cosas				



Miedo a no decir justo lo correcto				
Miedo a perder cosas				
Imágenes intrusas (no violentas)				
Música, palabras o sonidos sin sentido intrusos				
Preocupación por ciertos sonidos/ruidos				
Números afortunados/desafortunados				
Colores con significado especial				
Miedos supersticiosos				
Otras				
<b>Obsesiones somáticas</b>				
Preocupación por enfermedades				
Excesiva preocupación por una parte del cuerpo o por la apariencia (dismorfofobia)				
Otras				
<b>Compulsiones de limpieza/lavado</b>				
Excesivo o ritualizado lavado de manos				
Excesivo o ritualizado aseo (ducha, baño, cepillado de dientes, cepillado de pelo, aseo rutinario)				
Limpieza de objetos de la casa u otros objetos inanimados				

Otras medidas para prevenir o anular el contacto con contaminantes				
Otras				
Compulsiones de comprobación				
Comprobar cerraduras, electrodomésticos				
Comprobar que no se hizo/hará daño a los demás				
Comprobar que no se hizo/hará daño a uno mismo				
Comprobar que nada terrible sucedió/sucedirá				
Comprobar que no se han cometido errores				
Comprobaciones ligadas a obsesiones somáticas				
Otras				
Rituales de repetición				
Releer o reescribir				
Necesidad de repetir acciones de un modo rutinario (entrar/salir, sentarse/levantarse)				
Otras				
Compulsiones de contar				
Describir				
Compulsiones de ordenar/arreglar				

Describir				
Compulsiones de almacenar coleccionar: distinguir de hobbies e interés en objetos de valor económico o sentimental (por ejemplo, apilar periódicos viejos, leer meticulosamente la propaganda de los buzones, coleccionar objetos inútiles)				
Describir				
Compulsiones – Miscelánea				
Rituales mentales (distintos de comprobaciones/contar)				
Excesiva realización de listas				
Necesidad de decir, contar o confesar				
Necesidad de tocar, rozar o frotar				
Rituales acerca de parpadeo, guiño o mirada fijas				
Medidas para prevenir herirse, herir a los demás, consecuencias terribles				
Conducta alimentaria ritualizada				
Conducta supersticiosa				
Tricotilomanía				
Otras conductas autodestructivas o automutilantes				
Otras				

## **Intensidad de los síntomas**

- **¿Cuánto de tu tiempo lo ocupas en pensamientos persistentes?**
  0. Ninguno
  1. Menos de 1 hora al día
  2. 1 a 3 horas al día
  3. 3 a 8 horas al día
  4. Más de 8 horas al día
  
- **¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?**
  0. Ninguno
  1. Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
  2. Hay interferencia definitiva pero manejable.
  3. Impedimento substancial.
  4. Interferencia extrema, incapacitante.
  
- **¿Cuánta angustia te causan los pensamientos persistentes?**
  0. Ninguna
  1. Ligera, no muy perturbadores.
  2. Moderada, perturban, pero es manejable.
  3. Severa, muy perturbadores.
  4. Extrema, angustia incapacitante.
  
- **¿Cuánto te esfuerzas para resistirte a estos pensamientos persistentes?**
  0. No necesita resistir.

1. Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
2. Hace algún esfuerzo de resistir.
3. Cede a todos esos pensamientos persistentes.
4. Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes.

- **¿Cuánto control tienes sobre los pensamientos persistentes?**

0. Control completo.
1. Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración.
2. Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.
3. Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
4. Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención.

- **¿Cuánto tiempo le dedicas a realizar conductas repetitivas?**

0. Ninguno.
1. Menos de 1 hora al día.
2. 1-3 horas al día.
3. 3-8 horas al día.
4. Más de 8 horas al día.

- **¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas con tus funciones (roles) sociales, de trabajo u otros?**

0. Ninguna.
1. Pequeña interferencia, pero no hay impedimento.

2. Hay interferencia definitiva pero manejable.
3. Impedimento substancial.
4. Interferencia extrema, incapacitante.

- **¿Cuán ansioso te pondrías si te impidieran realizar tus conductas repetitivas?**

0. Sin ansiedad.
1. Solo ligeramente ansioso.
2. Poca ansiedad, pero manejable.
3. Ansiedad prominente y perturbadora.
4. Extrema, ansiedad incapacitante.

- **¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas?**

0. No necesita resistir.
1. Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
2. Hace algún esfuerzo de resistir.
3. Cedo a todas estas conductas repetitivas.
4. Cedo completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas.

- **¿Cuánto control tienes sobre realizar tus conductas repetitivas relacionadas a tus ideas intrusivas?**

0. Control completo.
1. Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración.
2. Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas.

3. Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas.
4. Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención.