

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

## “Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”

Autor: Alvarado Atahualpa, Oscar Piero

Arequipa - Perú

2015



### **DEDICATORIA**

*A mis padres Luisa y Oscar por todo su amor incondicional, compromiso y dedicación en todos estos años de formación universitaria.*

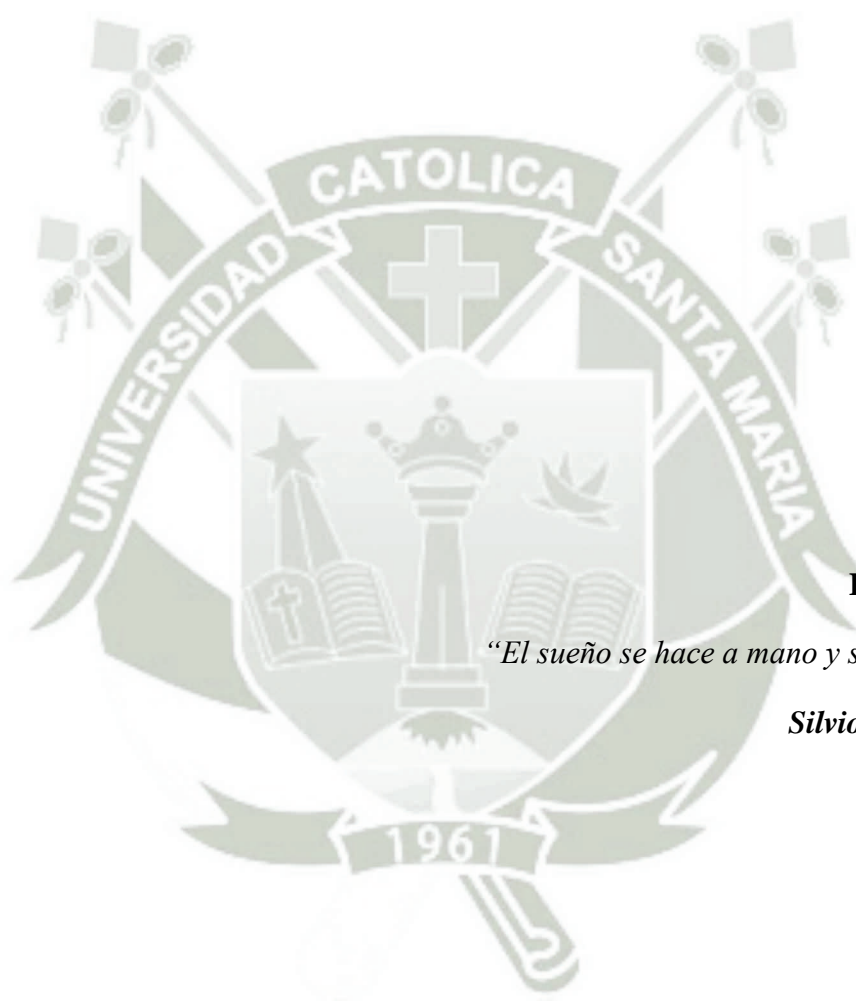
*A mi abuela Cirila, por su cariño y ternura brindada desde siempre.*

*A la memoria de mi abuelo Miguel, quien desde el cielo cuida y guía mis pasos desde hace 10 años.*

*A mi tío Miguel, quien fue la inspiración al seguir esta profesión*

*A Susana, por el amor, respeto y comprensión en todos estos años.*

*A Edwin, por su amistad y apoyo brindado.*



**EPÍGRAFE**

*“El sueño se hace a mano y sin permiso”*

*Silvio Rodríguez.*

## Índice

RESUMEN.....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
CAPÍTULO II: RESULTADOS .....	12
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	65
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	82
BIBLIOGRAFÍA.....	866
ANEXOS .....	90



## RESUMEN

**Objetivos.** Determinar la frecuencia, y las características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.

**Métodos.** Estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se realizó un cuestionario a 320 internos de medicina, 308 llenaron correctamente, la edad fue de menos de 23 a 28 años a más, que realizaban su internado. Se le suministró un cuestionario de datos socios demográficos, y el Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI). Se determinó las características sociodemográficas, frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), sintomatología obsesivo-compulsiva, perfil sociodemográfico de los internos con TOC y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de  $X^2$  y  $P < 0.05$ .

**Resultados.** De los 308 internos que respondieron el cuestionario: La frecuencia fue de 11(3,6%) para la presencia de TOC y 86(27,9%) para la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva, se estableció relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ) entre presencia de TOC y los familiar(es) con los que vive, dependencia económica, haber consumido o consumir tabaco y alcohol, universidad de procedencia, regularidad de estudios universitarios, desempeño y grado de exigencia percibido en el internado. El perfil sociodemográfico del interno con TOC es de cualquiera de las sedes hospitalarias, con una edad de 25 a 26 años, género femenino, soltero, procedente de Lima, que vive y depende económicamente de sus padres, que ha consumido o consume tabaco y alcohol, procedente de universidad particular, que llevo de manera regular sus estudios universitarios, que considera su desempeño universitario como bueno, con plaza de internado remunerada, que se encuentra realizando la rotación de Medicina o Gineco-Obstetricia, que considera su desempeño en el internado como muy bueno, el grado de exigencia como alto, y la relación con sus compañeros como buena.

**Conclusiones.** La presencia de TOC y sintomatología obsesivo-compulsiva es alta en internos que respondieron el cuestionario. Debido a que las variables mencionadas en los resultados que presentaron relación estadística significativa con la presencia de TOC y la sintomatología obsesivo-compulsiva se deberían considerar como factores asociados a la presencia del mencionado trastorno.

## ABSTRACT

**Objectives.** To determine the frequency, and sociodemographic characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder in internal medicine at four public hospitals, Lima 2015.

**Methods.** Descriptive, observational, cross-sectional study of simple association. A questionnaire to 320 medical interns were performed, 308 filled properly, age was less than 23-28 years and older, who performed his internship. Was provided with a questionnaire on demographic data partners, and Clark-Beck Inventory of obsessive-compulsive (C-BOCI). Sociodemographic characteristics, frequency of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), obsessive-compulsive symptoms, sociodemographic profile of inmates with TOC and the relationship between the study variables using the X2 test and  $P < 0.05$  was determined.

**Results.** Of the 308 inmates who completed the questionnaire: The frequency was 11 (3.6%) for the presence of OCD and 86 (27.9%) for the presence of obsessive-compulsive symptoms, significant relationship ( $P$  was established  $< 0.05$ ) between the presence of OCD and relative (s) with whom he lives, economic dependence, having consumed or consume snuff and alcohol, university of origin, regularity of college, performance and perceived level of demand at boarding school. The demographic profile of the inner OCD is any hospital sites, in an age of 25-26 years old, female, single, from Lima, who lives and financially dependent on their parents who have used or consumed alcohol and snuff, particularly from college, I've been a regular college, he considers his college as good performance, with parking unpaid internship, which is conducting the rotation of Medicine and Obstetrics and Gynecology, who considers his performance at boarding as very good, the level of demand as high, and the relationship with peers as well.

**Conclusions.** The presence of OCD and obsessive-compulsive symptoms is high in inmates who completed the questionnaire. Because the variables mentioned in the results showed statistically significant association with the presence of OCD and obsessive-compulsive symptoms should be considered as factors associated with the presence of that disorder.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), es una condición mental común, heterogénea de larga duración y puede llegar a causar una gran disfunción. Inicia en la niñez o la adolescencia, generalmente es subdiagnosticado por su naturaleza vergonzante, y por ende, subtratado a pesar de la existencia de tratamientos efectivos, este incluye una heterogeneidad clínica que va más allá de la clásica triada de obsesiones, compulsiones y dudas.

Si bien la prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de 2% a 3%, algunos autores describen hasta 10% de prevalencia en enfermos con patología psiquiátrica. Las consecuencias del TOC, en la vida del individuo que lo padece, afectan varias áreas de su funcionamiento especialmente las relacionadas con las relaciones sociales, intrafamiliares y a nivel del trabajo del individuo. Muchos de estos presentan problemas con la familia, además de la dificultad de mantener o poder constituir un hogar o una familia posteriormente.

De manera similar a nivel laboral, el individuo presenta disfunción en su desarrollo, ya que es criticado por sus compañeros o se siente avergonzado por el trastorno. El interno de medicina, integrante del equipo que brinda atención de manera directa al usuario de los servicios de salud, interactúa constantemente con otros profesionales de la salud, realiza trabajo en equipo y requiere del desarrollo de habilidades sociales para el mismo, no estaría exento de este trastorno y al padecerlo conllevaría al deterioro de las relaciones sociales en desmedro del usuario de los servicios de salud, la interacción laboral con sus compañeros, en desmedro del trabajo en equipo.

Por lo descrito anteriormente, como futuro profesional de la salud es de mi interés caracterizar el perfil sociodemográfico del interno de medicina con TOC, la frecuencia del mismo, y la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva, y de esta manera con los resultados obtenidos inferir que se pueda planificar estrategias que incluyan a las universidades, hospitales sede de internado médico y Ministerio de Salud en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de dicho trastorno.

# CAPÍTULO I

## MATERIALES Y MÉTODOS



## 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

### 1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicará la técnica del cuestionario.

### 1.2. Instrumentos

El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y el Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI) (Anexo 2), los cuales nos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima: el Hospital María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores; el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ubicado en el Cercado de Lima; el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en el Cercado de Lima y el Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicado en el distrito de El Agustino, todos estos hospitales pertenecen a la provincia de Lima, departamento de Lima.

### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó entre los meses de Enero y Febrero del 2015.

### 2.3. Unidades de estudio

Se estudió a los internos de medicina que realizan su internado médico en cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima mencionados anteriormente

### 2.4. Población

Todos los internos de medicina incluidos que realizan su Internado Medico en el periodo de estudio

**Muestra:** Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

$n$  = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$p$  = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

$q = 1 - p$

$E$  = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto:  $n = 319,92 \approx 320$  casos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

#### **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**
  - Estar cursando el internado médico en cualquiera de los cuatro hospitales donde se realizó el estudio
  - Participación voluntaria en el estudio
- **Criterios Exclusión**
  - Negativa a llenar ficha de encuesta

### **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.1. Organización**

- Se solicitó autorización a la Dirección de los cuatros hospitales públicos de la ciudad de Lima mencionados anteriormente, se informó también a los internos de medicina de cada sede hospitalaria antes de proceder a realizar la aplicación de la ficha de recolección de datos y el instrumento.
- Se informó a los internos de medicina de los cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima acerca de la forma de llenado de la ficha de recolección de datos, y el Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI), y se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, estos fueron organizados en bases

de datos para su interpretación y análisis.

- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

### 3.2. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Excel 2010, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso.

#### c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico.

#### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.

Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado  $X^2$  y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística entre las variables cualitativas evaluadas.



## **CAPÍTULO II**

# **RESULTADOS**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

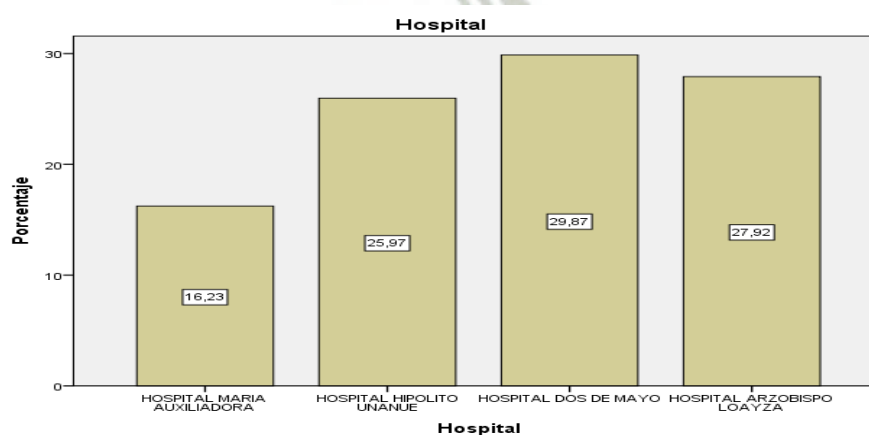
**Tabla N° 1: Hospital sede de internado médico de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

HOSPITAL					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	50	16,2	16,2	16,2
	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE	80	26,0	26,0	42,2
	HOSPITAL DOS DE MAYO	92	29,9	29,9	72,1
	HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA	86	27,9	27,9	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 1 y Gráfico 1 muestra el hospital sede donde realizan internado médico los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de lima. Se muestra que el 29,9% de internos de medicina realizan su internado en el Hospital Dos de Mayo, el 27,9% tienen como sede el Hospital Arzobispo Loayza, el 26,0% tiene como sede el Hospital Hipólito Unanue y solo el 16,2% tienen como sede el Hospital María Auxiliadora.

**Gráfico N° 1: Hospital sede de internado médico de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

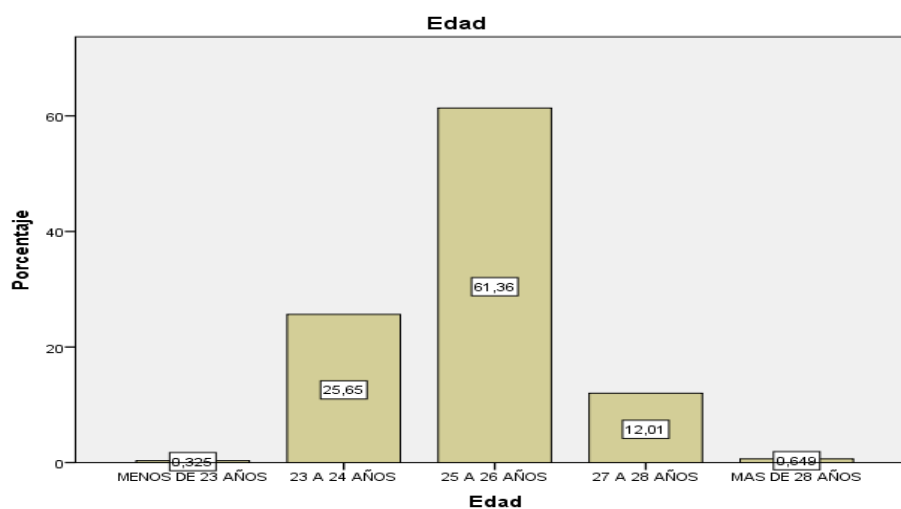
**Tabla N° 2: Edad de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

<b>EDAD</b>					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	MENOS DE 23 AÑOS	1	,3	,3	,3
	23 A 24 AÑOS	79	25,6	25,6	26,0
	25 A 26 AÑOS	189	61,4	61,4	87,3
	27 A 28 AÑOS	37	12,0	12,0	99,4
	MAS DE 28 AÑOS	2	,6	,6	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 y Gráfico 2 muestra la edad de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 61,4% de internos de medicina declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, el 25,6% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años, el 12,0% declaran tener el rango de edad entre 27 a 28 años, el 0,6% declaran tener más de 28 años y solo el 0,3% declaran tener menos de 23 años.

**Gráfico N° 2: Edad de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

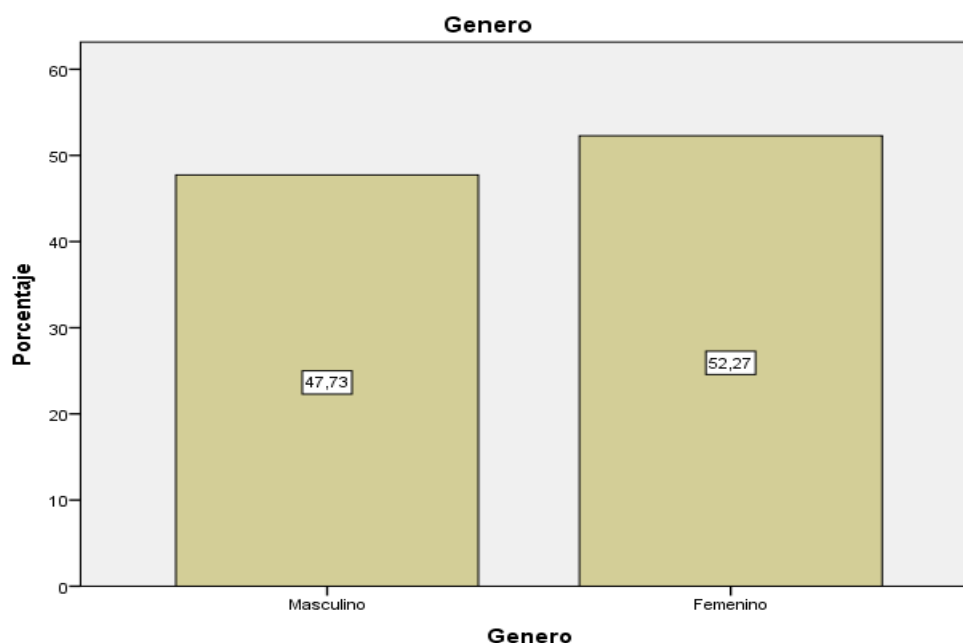
**Tabla N°3: Género de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

<b>GÉNERO</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	147	47,7	47,7
	Femenino	161	52,3	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 3 y Gráfico 3 muestra el género de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 52,3% de internos de medicina pertenecen al género femenino, y solo el 47,7% pertenecen al género masculino.

**Gráfico N° 3: Género de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

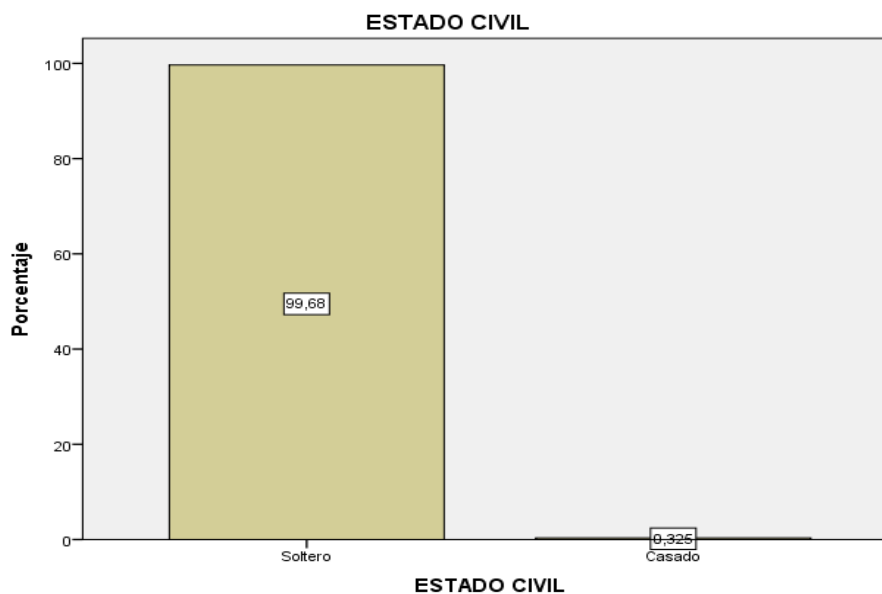
**Tabla N° 4: Estado civil de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

ESTADO CIVIL				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltero	307	99,7	99,7
	Casado	1	,3	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 4 y Gráfico 4 muestra el estado civil de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 99,7% de internos de medicina son solteros, y solo el 0,3% son casados.

**Gráfico N° 4: Estado civil de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 5: Lugar de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

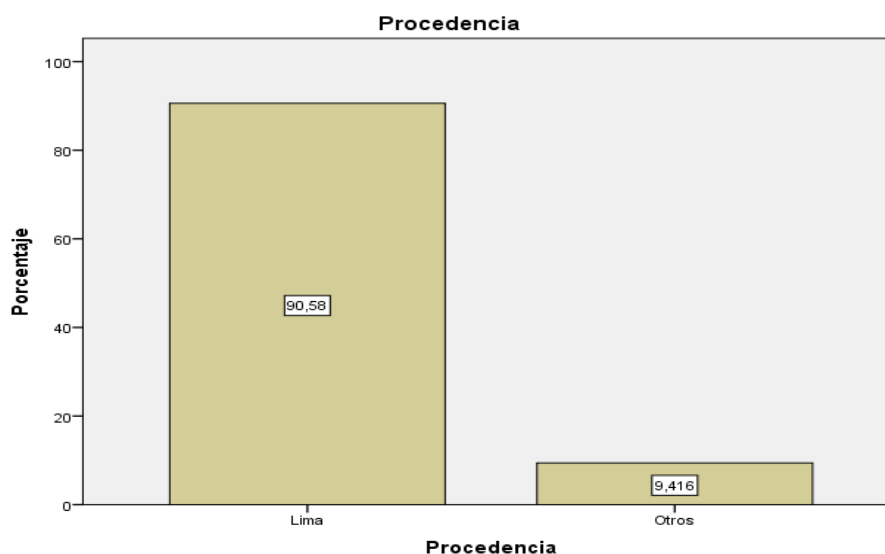
**PROCEDENCIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Lima	279	90,6	90,6	90,6
Otros	29	9,4	9,4	100,0
Total	308	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 5 y Gráfico 5 muestra la procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 90,6% de internos de medicina proceden de Lima y solo el 9,4% tienen otra procedencia.

**Gráfico N° 5: Lugar de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

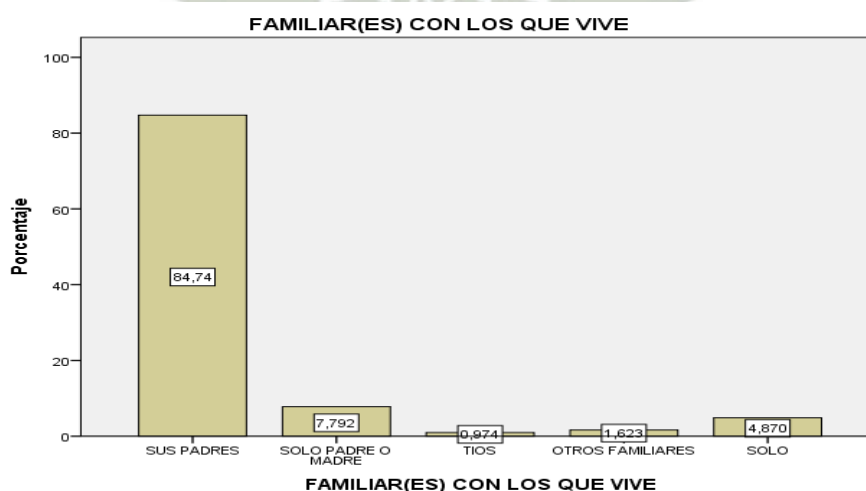
**Tabla N° 6: Familiares con los que viven los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

FAMILIAR(ES) CON LOS QUE VIVEN		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SUS PADRES	261	84,7	84,7	84,7
	SOLO PADRE O MADRE	24	7,8	7,8	92,5
	TIOS	3	1,0	1,0	93,5
	OTROS FAMILIARES	5	1,6	1,6	95,1
	SOLO	15	4,9	4,9	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 6 y Gráfico 6 muestra los familiares con los que viven los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 84,7% de internos de medicina declaran vivir con sus padres, el 7,8% declaran vivir solo con su padre o madre, el 4,9% declaran vivir solos, el 1,6% declaran vivir con otros familiares y solo el 1,0% declaran vivir con sus tíos.

**Gráfico N° 6: Familiares con los que viven los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

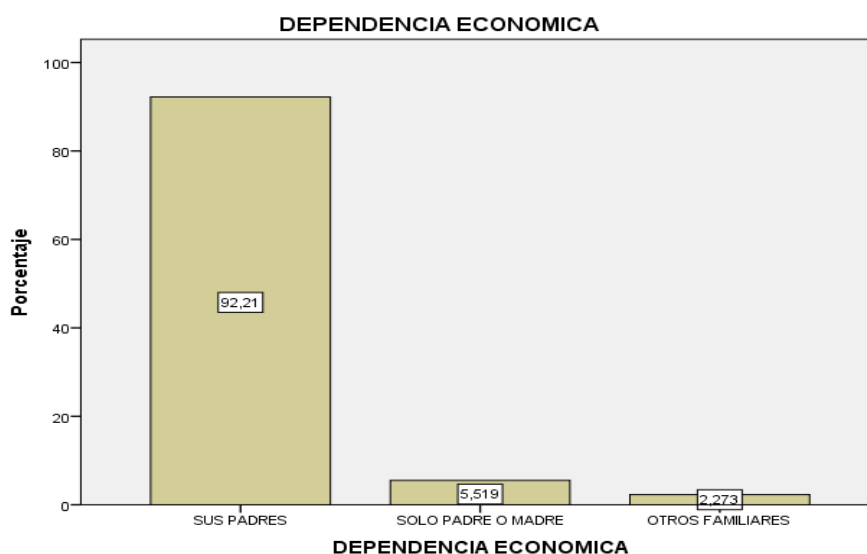
**Tabla N° 7: Dependencia económica de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

DEPENDENCIA ECONOMICA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SUS PADRES	284	92,2	92,2
	SOLO PADRE O MADRE	17	5,5	97,7
	OTROS FAMILIARES	7	2,3	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 7 y Gráfico 7 muestra la dependencia económica de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 92,2% de internos de medicina declaran depender económicamente de sus padres, el 5,5% declaran depender económicamente solo de su padre o madre, y solo el 2,3% declaran depender económicamente de otros familiares.

**Gráfico N° 7: Dependencia económica de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 8: Consumo de tabaco de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

<b>CONSUMO DE TABACO</b>					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	SI CONSUME	302	98,1	98,1	98,1
	NO CONSUME	6	1,9	1,9	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla 8 muestra si alguna vez han consumido o consumen tabaco los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 98,1% de internos de medicina declaran haber consumido o consumir tabaco, y solo el 1,9% declaran no haber consumido tabaco.

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

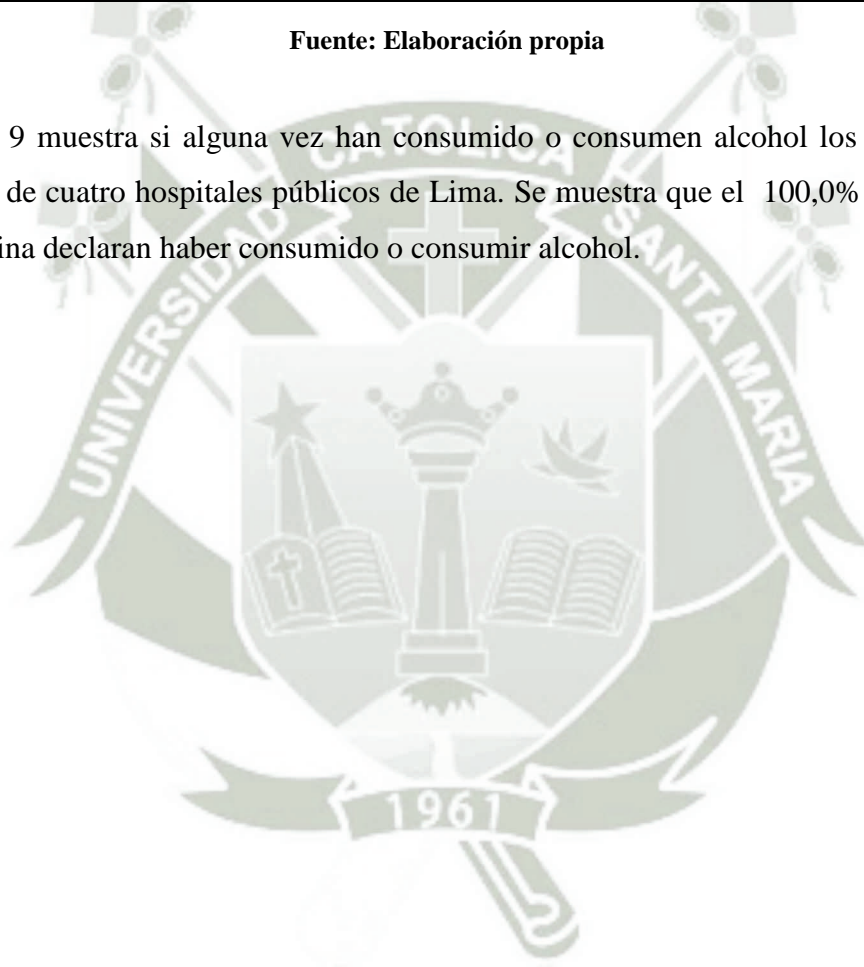
**Tabla N° 9: Consumo de alcohol de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

**CONSUMO DE ALCOHOL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SI CONSUME	308	100,0	100,0	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla 9 muestra si alguna vez han consumido o consumen alcohol los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 100,0% de internos de medicina declaran haber consumido o consumir alcohol.



**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 10: Universidad de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

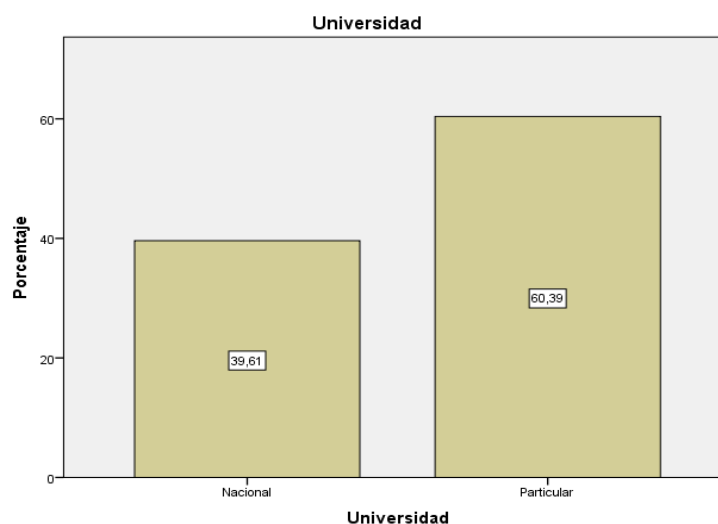
**UNIVERSIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nacional	122	39,6	39,6	39,6
Válidos Particular	186	60,4	60,4	100,0
Total	308	100,0	100,0	

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla 10 y Gráfico 10 muestra la universidad de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 60,4% de internos de medicina proceden de universidad particular, y solo el 39,6% proceden de universidad nacional.

**Gráfico N° 10: Universidad de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

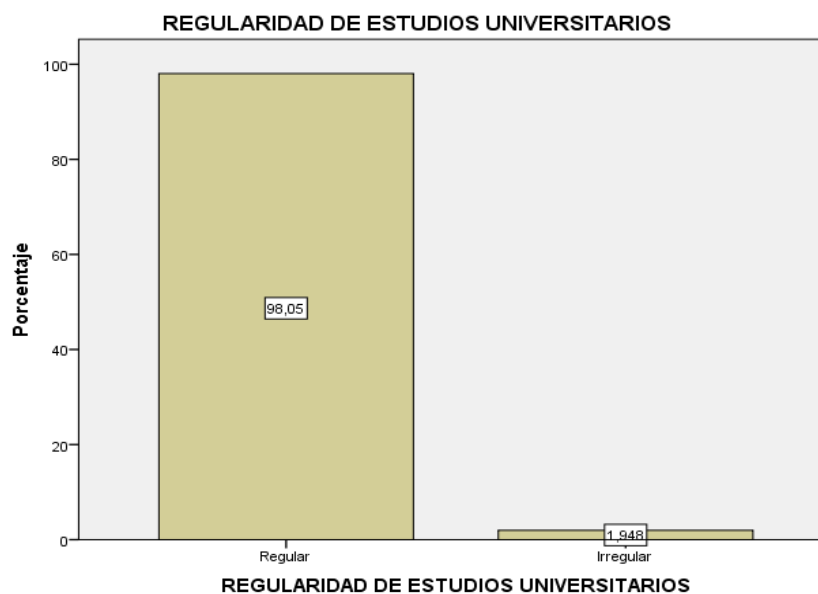
**Tabla N° 11: Regularidad de estudios universitarios de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

REGULARIDAD DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	302	98,1	98,1
	Irregular	6	1,9	100,0
Total		308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 11 y Gráfico 11 muestra la regularidad de estudios universitarios de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 98,1% de internos de medicina realizaron sus estudios universitarios de manera regular, y solo el 1,9% realizaron sus estudios universitarios de manera irregular.

**Gráfico N° 11: Regularidad de estudios universitarios de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 12: Desempeño universitario de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

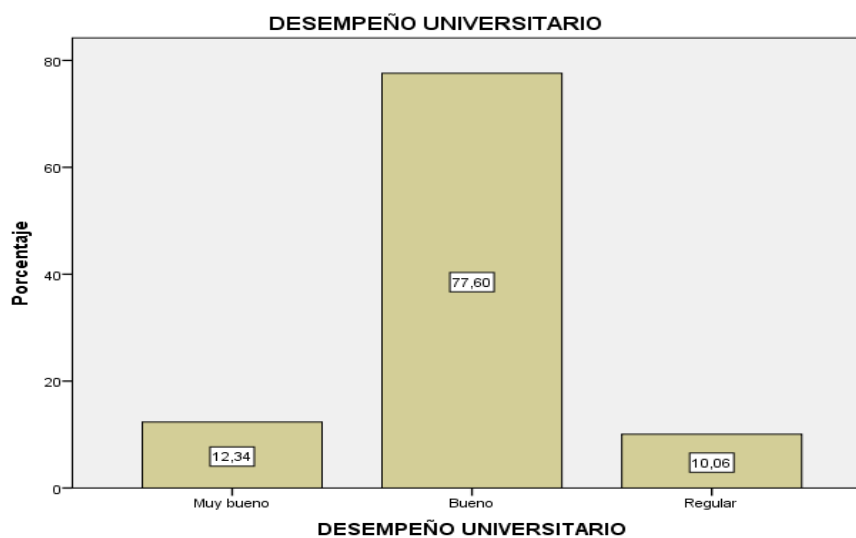
**DESEMPEÑO UNIVERSITARIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bueno	38	12,3	12,3
	Bueno	239	77,6	89,9
	Regular	31	10,1	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 12 y Gráfico 12 muestra el desempeño universitario de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 77,6% de internos de medicina considera su desempeño universitario como bueno, el 12,3% considera su desempeño universitario como muy bueno y solo el 10,1% considera su desempeño universitario como regular.

**Gráfico N° 12: Desempeño universitario de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 13: Plaza de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

<b>PLAZA DE INTERNADO</b>				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Remunerado	171	55,5	55,5
	No remunerado	137	44,5	100,0
	Total	308	100,0	100,0

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla 13 muestra el tipo de plaza de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 55,5% de internos de medicina declara tener una plaza de internado remunerada, y solo el 44,5% declara tener una plaza de internado no remunerada.

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

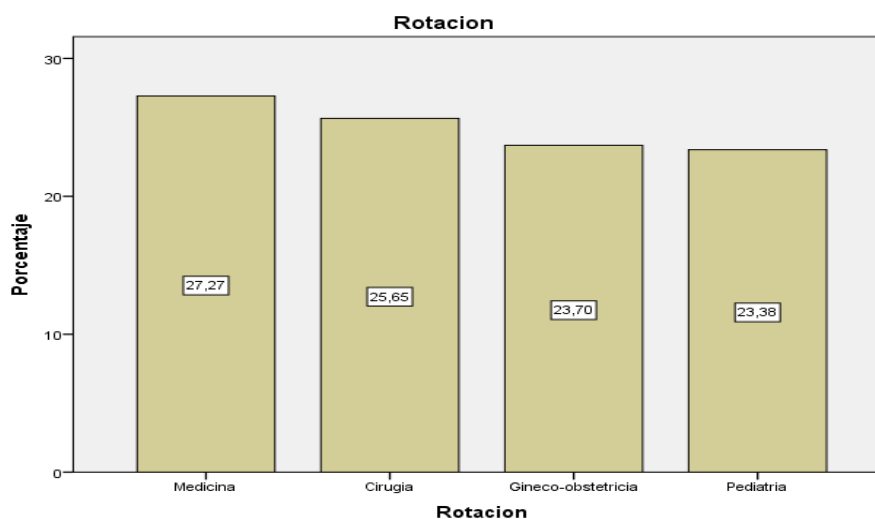
**Tabla N° 14: Rotación que realizan los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

ROTACION				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Medicina	84	27,3	27,3	27,3
Cirugía	79	25,6	25,6	52,9
Válidos Gineco-obstetricia	73	23,7	23,7	76,6
Pediatría	72	23,4	23,4	100,0
Total	308	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 14 y Gráfico 14 muestra la rotación que realizan los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 27,3% de internos de medicina realizan la rotación de Medicina, el 25,6% realizan la rotación Cirugía, el 23,7% realizan la rotación de Gineco-Obstetricia y solo el 23,4% realizan la rotación de Pediatría.

**Gráfico N° 14: Rotación que realizan los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

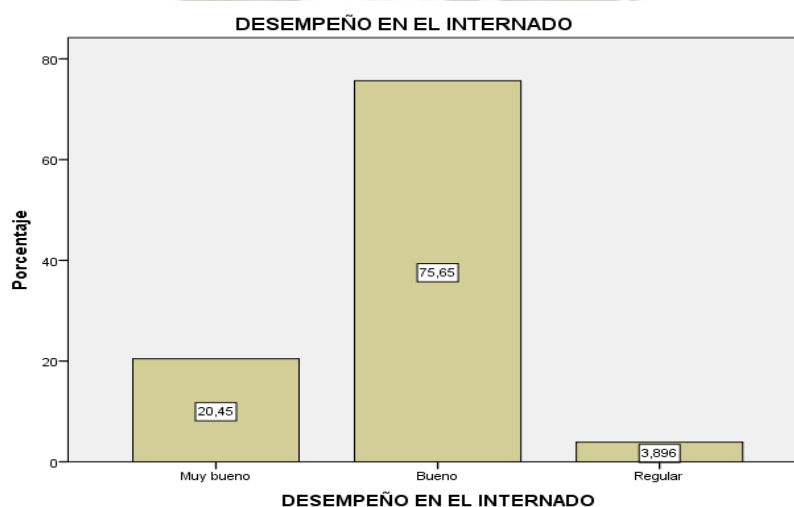
**Tabla N° 15: Desempeño en el internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

DESEMPEÑO EN EL INTERNADO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bueno	63	20,5	20,5
	Bueno	233	75,6	96,1
	Regular	12	3,9	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 15 y Gráfico 15 muestra el desempeño en el internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 75,6% de internos de medicina considera su desempeño en el internado como bueno, el 20,5% considera su desempeño en el internado como muy bueno y solo el 3,9% considera su desempeño en el internado como regular.

**Gráfico N°15: Desempeño en el internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 16: Grado de exigencia del internado en los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

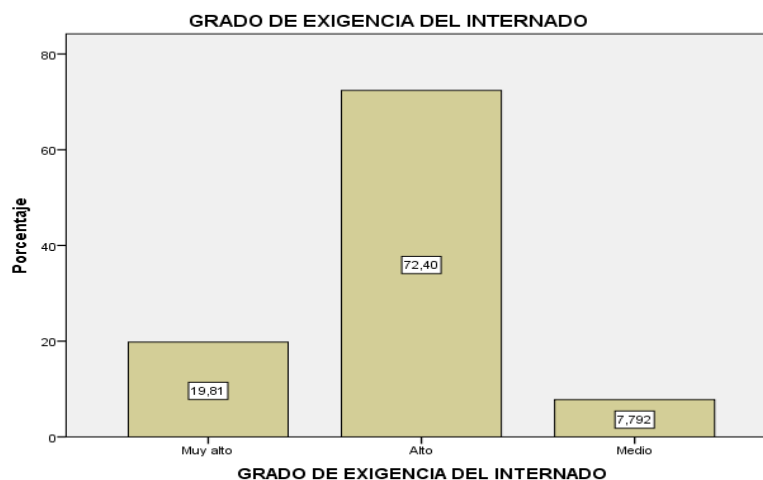
**GRADO DE EXIGENCIA DEL INTERNADO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy alto	61	19,8	19,8
	Alto	223	72,4	92,2
	Medio	24	7,8	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 16 y Gráfico 16 muestra el grado de exigencia del internado en los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 72,4% de internos de medicina considera el grado de exigencia en el internado como alto, el 19,8% considera el grado de exigencia en el internado como muy alto y solo el 7,8% considera el grado de exigencia en el internado como medio.

**Gráfico N° 16: Grado de exigencia del internado en los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

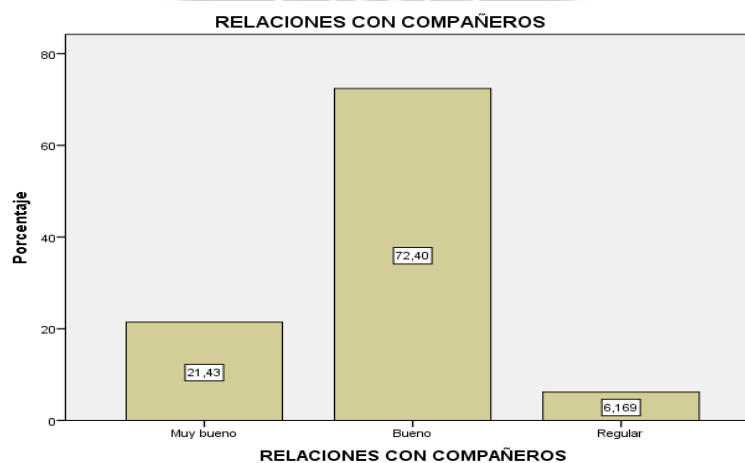
**Tabla N° 17: Relaciones con sus compañeros de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy bueno	66	21,4	21,4
	Bueno	223	72,4	93,8
	Regular	19	6,2	100,0
	Total	308	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 17 y Gráfico 17 muestra la relación con sus compañeros de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 72,4% de internos de medicina considera la relación con sus compañeros en el internado como bueno, el 21,4% considera la relación con sus compañeros en el internado como muy bueno y solo el 6,2% considera la relación con sus compañeros en el internado como regular.

**Gráfico N° 17: Relaciones con sus compañeros de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 18: Frecuencia de TOC y sintomatología obsesivo compulsiva de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

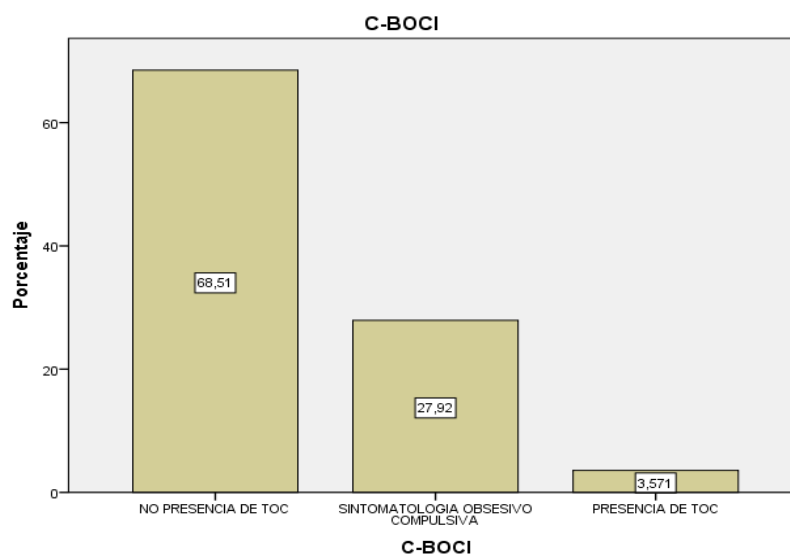
**C-BOCI**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO PRESENCIA DE TOC	211	68,5	68,5	68,5
SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA	86	27,9	27,9	96,4
PRESENCIA DE TOC	11	3,6	3,6	100,0
Total	308	100,0	100,0	

**Fuente: Elaboración propia**

La Tabla 18 y Gráfico 18 muestra la frecuencia de TOC y sintomatología obsesivo compulsiva de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se muestra que el 68,5% de internos de medicina no se encuentra la presencia de TOC, el 27,9% se encuentra la presencia de sintomatología obsesivo compulsiva y solo el 3,6% se encuentra la presencia de TOC.

**Tabla N° 18: Frecuencia de TOC y sintomatología obsesivo compulsiva de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 19: Relación entre el C-BOCI y el hospital sede de internado médico de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Hospital	HOSPITAL MARIA AUXILIADORA	35	11.4	13	4.2	2	0.6	50	16.2
	HOSPITAL HIPOLITO UNANUE	56	18.2	21	6.8	3	1.0	80	26.0
	HOSPITAL DOS DE MAYO	62	20.1	27	8.8	3	1.0	92	29.9
	HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA	58	18.8	25	8.1	3	1.0	86	27.9

$X^2 = 0.386$

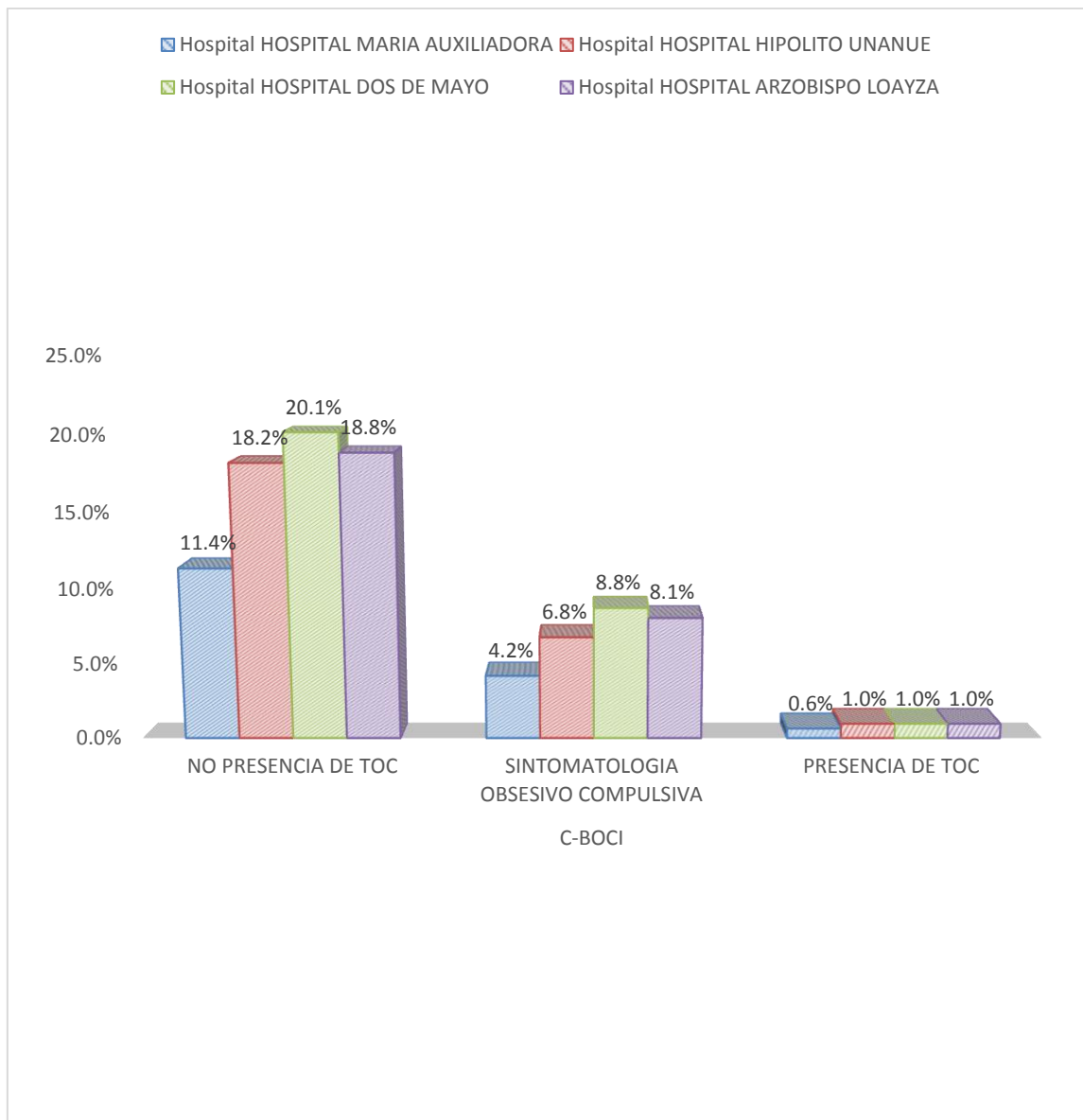
$P > 0.05$  ( $P > 0.999$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°19 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.386$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el hospital sede de internado médico de los internos encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 20,1% realizan su internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 18,8% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 18,2% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y el 11,4% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 8,8% realizan su internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 8,1% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 6,8% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y el 4,2% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora. De los internos con presencia de TOC, el 1,0% realizan su Internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 1,0% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 1,0% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y solo el 0,6% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora.

**Gráfico N° 19: Relación entre el C-BOCI y el hospital sede de internado médico de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 20: Relación entre el C-BOCI y la edad de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	MENOS DE 23 AÑOS	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3
	23 A 24 AÑOS	47	15.3	29	9.4	3	1.0	79	25.6
	25 A 26 AÑOS	135	43.8	46	14.9	8	2.6	189	61.4
	27 A 28 AÑOS	26	8.4	11	3.6	0	0.0	37	12.0
	MAS DE 28 AÑOS	2	0.6	0	0.0	0	0.0	2	0.6

$X^2 = 7.229$

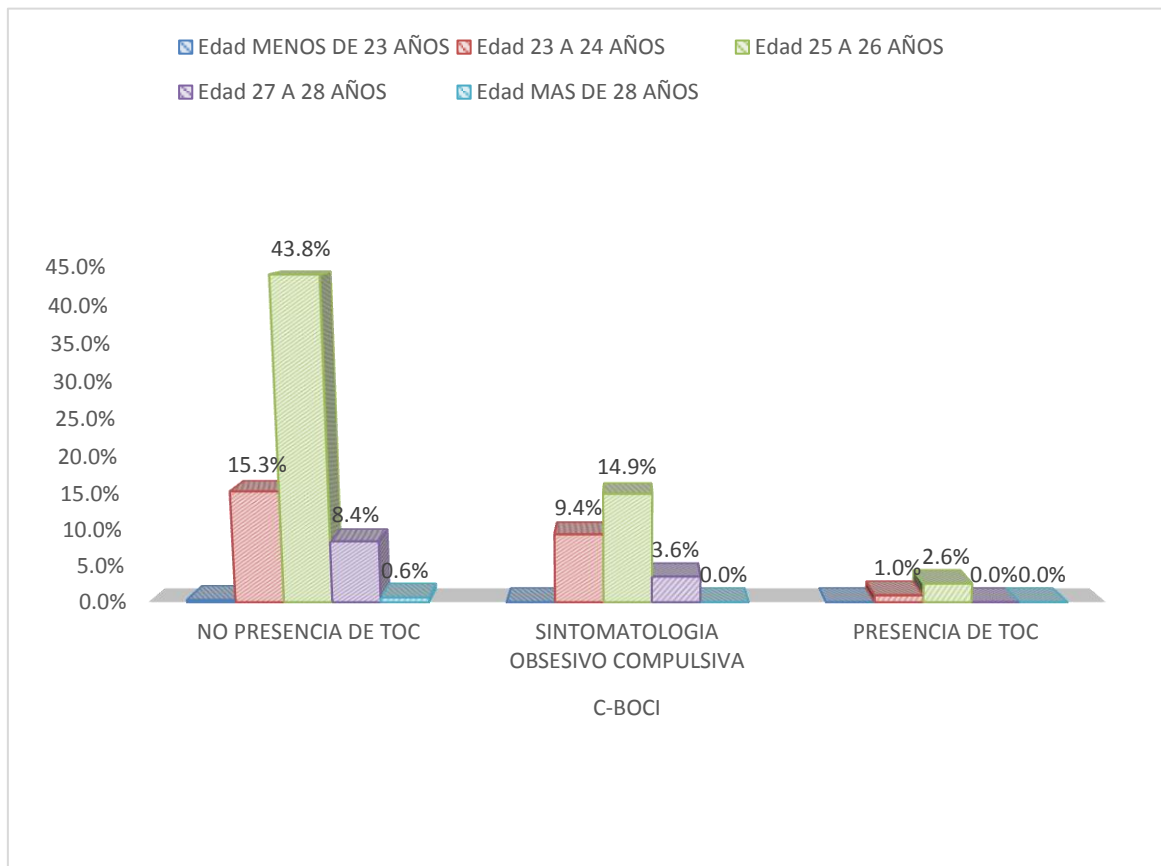
$P > 0.05$  ( $P = 0.512$ )

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y Gráfico N°20 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 7.229$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la edad de los internos encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 43,8% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, el 15,3% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años, el 8,4% declaran tener el rango de edad entre 27 a 28 años, el 0,6% declaran tener más de 28 años, y solo el 0,3% declaran tener menos de 23 años. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 14,9% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, el 9,4% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años, y solo el 3,6% declaran tener el rango de edad entre 27 a 28 años. De los internos con presencia de TOC, el 2,6% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, y solo el 1,0% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años.

**Gráfico N° 20: Relación entre el C-BOCI y la edad de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 21: Relacion entre el C-BOCI y el género de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Genero	Masculino	102	33.1	40	13.0	5	1.6	147	47.7
	Femenino	109	35.4	46	14.9	6	1.9	161	52.3

$X^2 = 0.106$

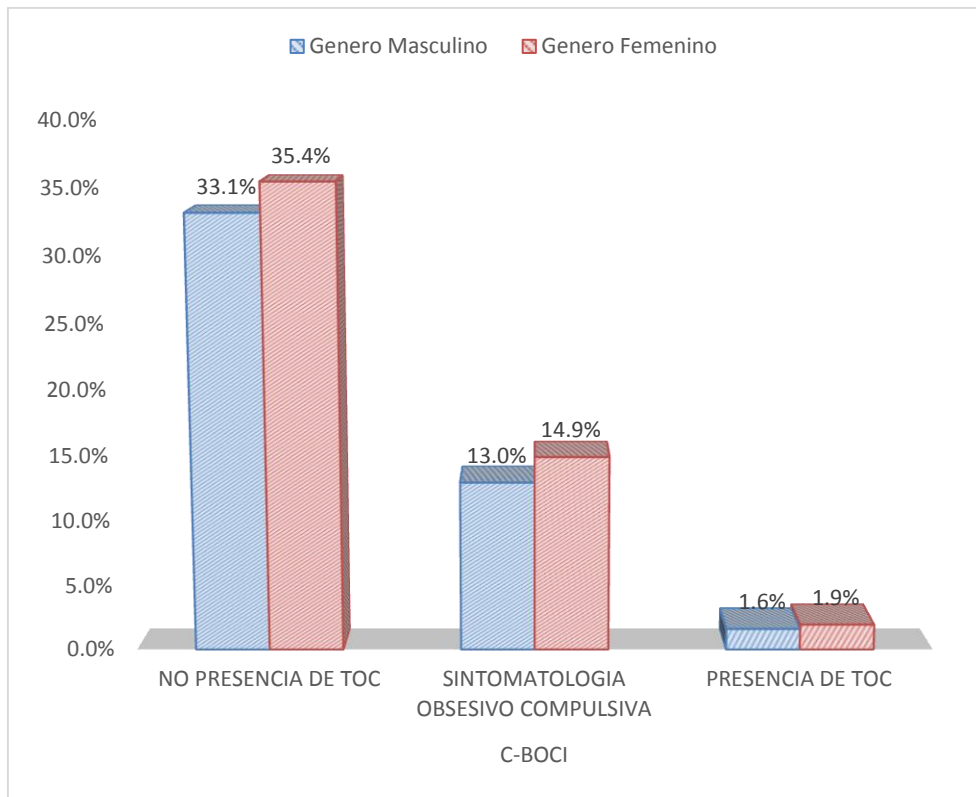
$P > 0.05$  ( $P = 0.949$ )

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y Gráfico N°21 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.106$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el género de los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 35,4% son de género femenino frente al 33,1% que son de género masculino. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 14,9% son de género femenino frente al 13,0% que son de género masculino. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 1,9% son de género femenino frente al 1,6% que son de género masculino.

**Gráfico N° 21: Relacion entre el C-BOCI y el género de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 22: Relación entre C-BOCI y el estado civil de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
ESTADO CIVIL	Soltero	210	68.2	86	27.9	11	3.6	307	99.7
	Casado	1	0.3	0	0.0	0	0.0	1	0.3

$X^2 = 0.461$

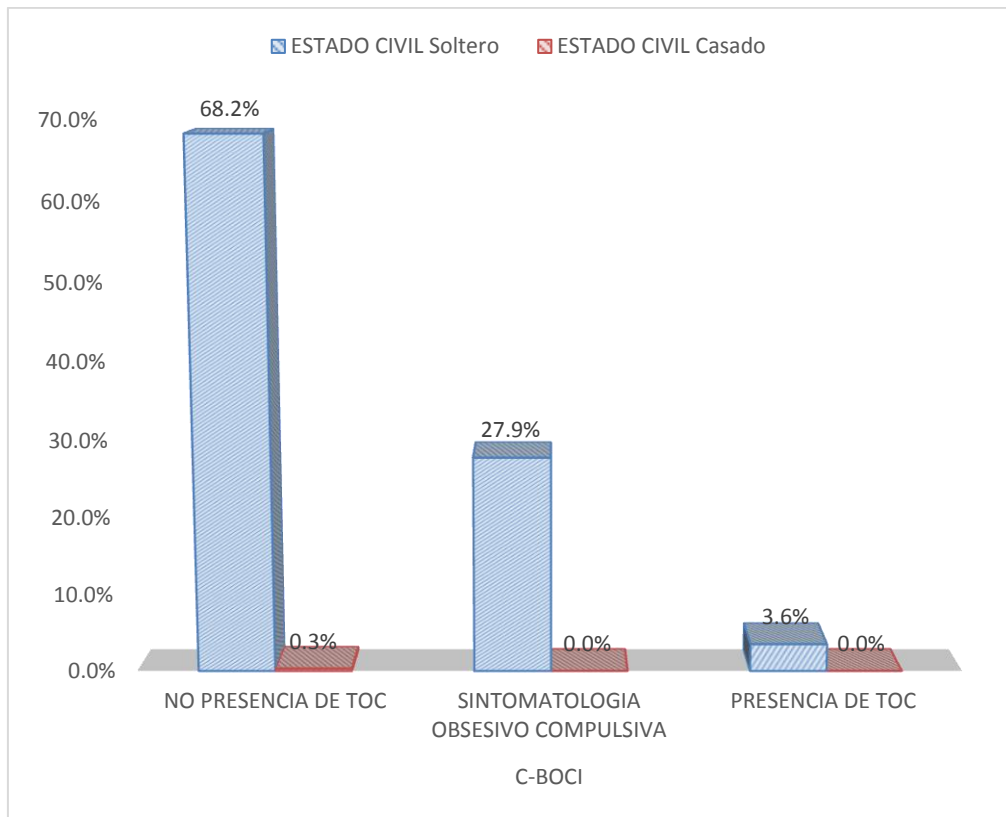
$P > 0.05$  ( $P = 0.794$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°22 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.461$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el estado civil de los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 68,2% declaran ser solteros frente al 0,3% que declaran ser casado. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,9% declaran ser solteros. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran ser solteros.

**Gráfico N° 22: Relación entre C-BOCI y el estado civil de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 23: Relación entre C-BOCI y el lugar de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Procedencia	Lima	192	62.3	77	25.0	10	3.2	279	90.6
	Otros	19	6.2	9	2.9	1	0.3	29	9.4

$X^2= 0.154$

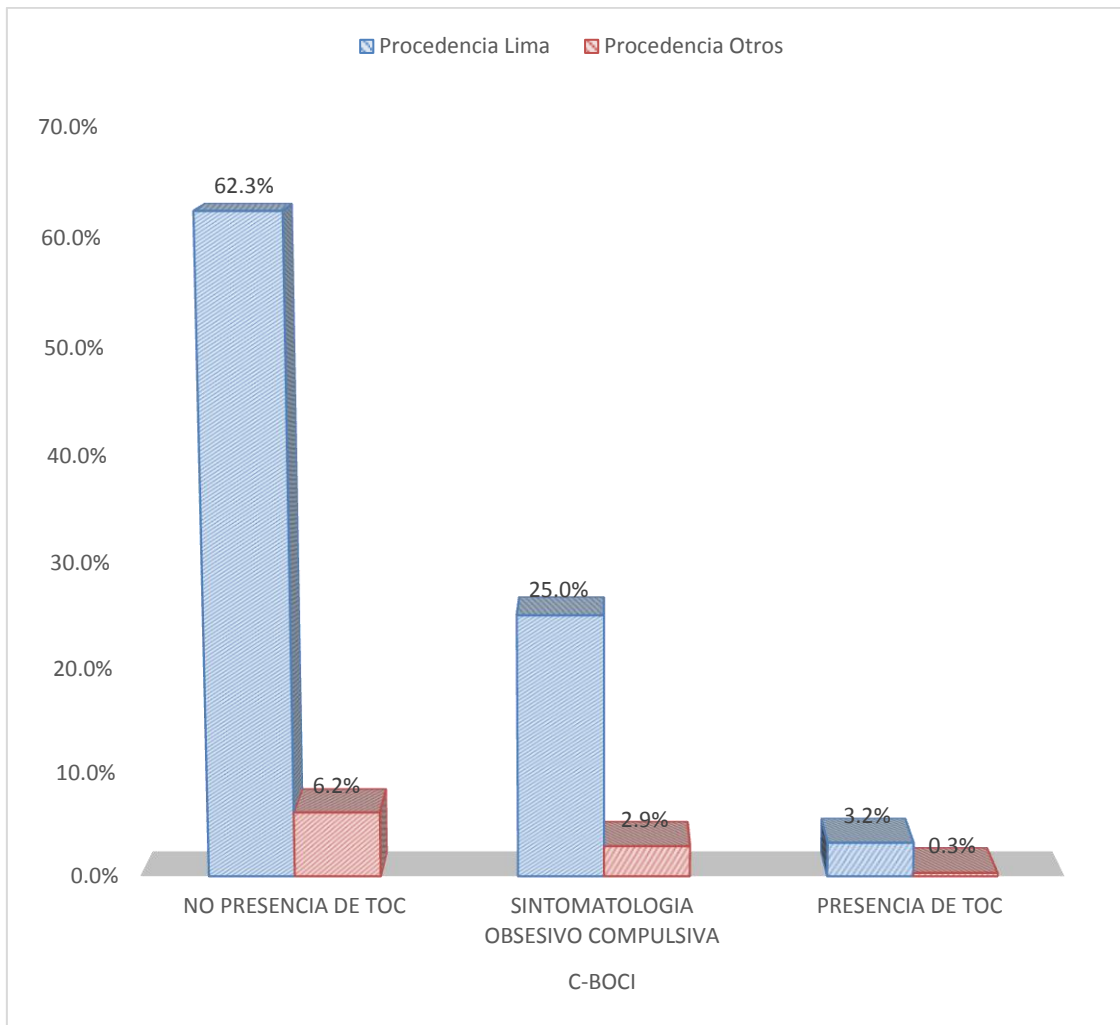
$P>0.05$  ( $P= 0.926$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°23 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.154$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el lugar de procedencia de los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 62,3% declaran proceder de Lima frente al 6,2% que proceden de otros lugares. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 25,0% declaran proceder de Lima frente al 2,9% que proceden de otros lugares. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,2% declaran proceder de Lima frente al 0,3% que declara proceder de Otros lugares.

**Gráfico N° 23: Relación entre C-BOCI y el lugar de Procedencia de los Internos de Medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 24: Relación entre C-BOCI y los familiar(es) con los que viven los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>FAMILIAR(ES) CON LOS QUE VIVE</b>	<b>SUS PADRES</b>	183	59.4	70	22.7	8	2.6	261	84.7
	<b>SOLO PADRE O MADRE</b>	11	3.6	10	3.2	3	1.0	24	7.8
	<b>TIOS</b>	3	1.0	0	0.0	0	0.0	3	1.0
	<b>OTROS FAMILIARES</b>	5	1.6	0	0.0	0	0.0	5	1.6
	<b>SOLO</b>	9	2.9	6	1.9	0	0.0	15	4.9

$X^2= 14.337$

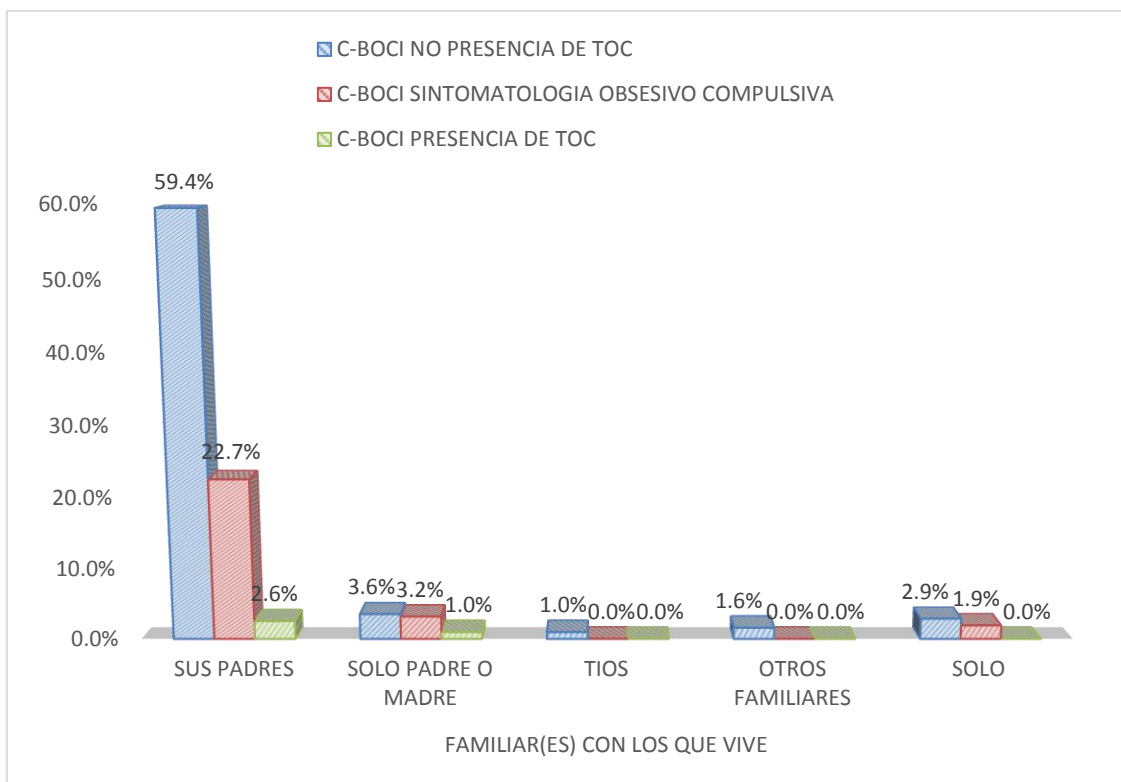
$P<0.05$  ( $P= 0.033$ )

**Fuente: Elaboración propia**

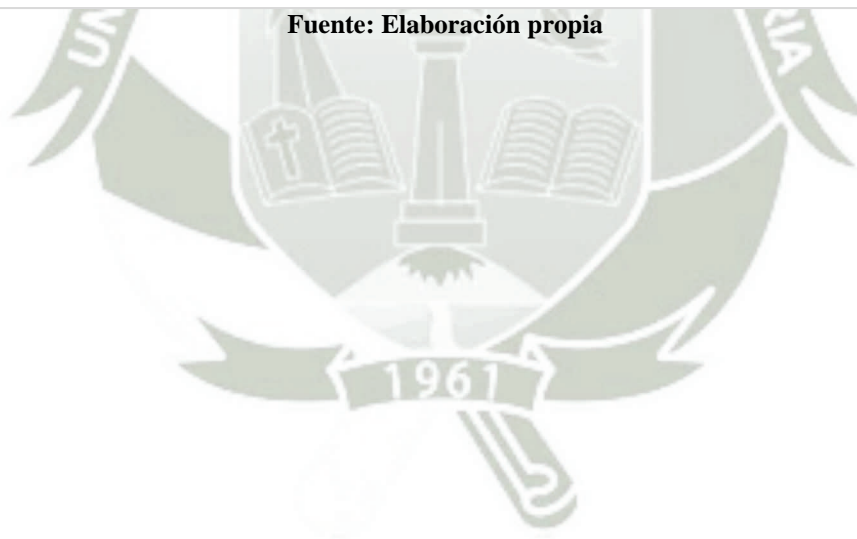
En la Tabla y Gráfico N°24 según la prueba de Chi cuadrado( $X^2= 14.337$ ) se aprecia que la presencia de TOC y los familiar(es) con los que viven los internos encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 59,4% declaran vivir con su padres, el 3,6% con solo padre o madre, el 2,9% declaran vivir solo, el 1,6% con otros familiares y solo el 1,0% con sus tíos. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 22,7% declaran vivir con sus padres, el 3,2% solo con su padre o madre y solo el 1,9% declaran vivir solo. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,6% declaran vivir con sus padres y solo el 1,0% declaran vivir con solo padre o madre.

**Gráfico 24: Relación entre C-BOCI y los familiar(es) con los que viven los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia



**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N°25: Relación entre C-BOCI y la dependencia económica de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DEPENDENCIA ECONOMICA	SUS PADRES	196	63.6	80	26.0	8	2.6	284	92.2
	SOLO PADRE O MADRE	9	2.9	5	1.6	3	1.0	17	5.5
	OTROS FAMILIARES	6	1.9	1	0.3	0	0.0	7	2.3

$X^2 = 11.534$

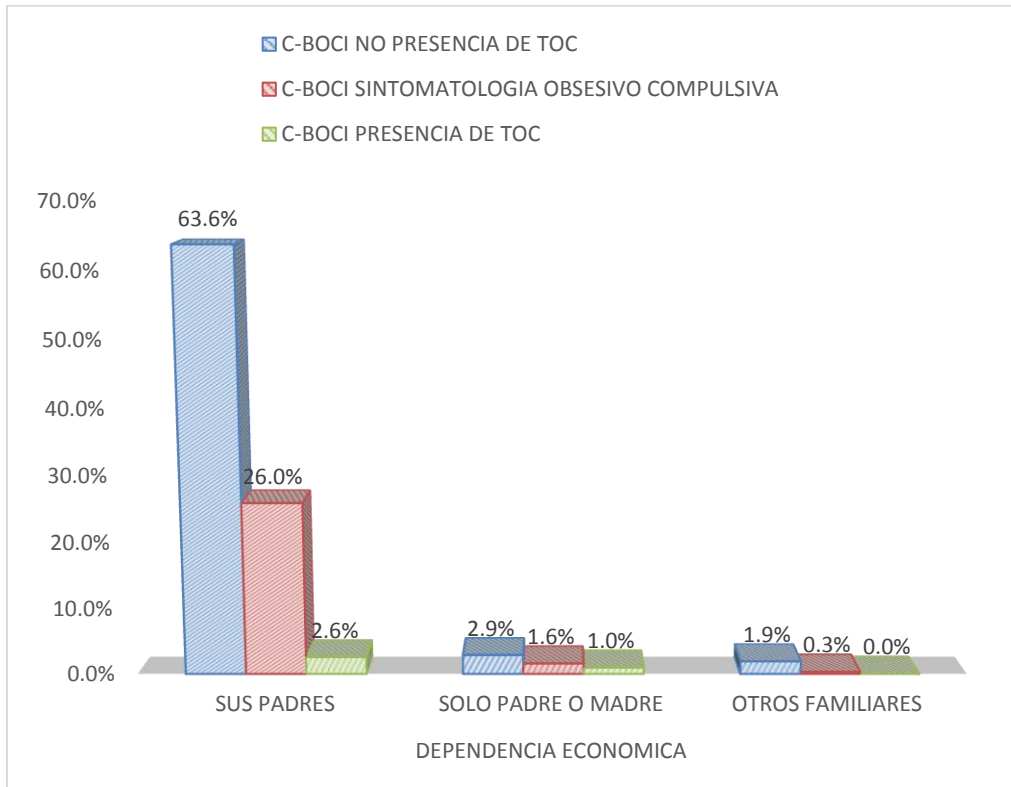
$P < 0.05$  ( $P = 0.024$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°25 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 11.534$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la dependencia económica de los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 63,6% declaran depender económicamente de sus padres, el 2,9% solo de padre o madre y solo el 1,9% de otros familiares. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 26,0% declaran depender económicamente de sus padres, el 1,6% solo de padre o madre y solo el 0,3% de otros familiares. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,6% declaran depender económicamente de sus padres y solo el 1,0% de solo padre o madre.

**Gráfico N° 25: Relación entre C-BOCI y la dependencia económica de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 26: Relación entre C-BOCI y el haber consumido o consumir tabaco los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
CONSUMO DE TABACO	SI CONSUME	206	66.9	85	27.6	11	3.6	302	98.1
	NO CONSUME	5	1.6	1	0.3	0	0.0	6	1.9

$X^2 = 0.693$

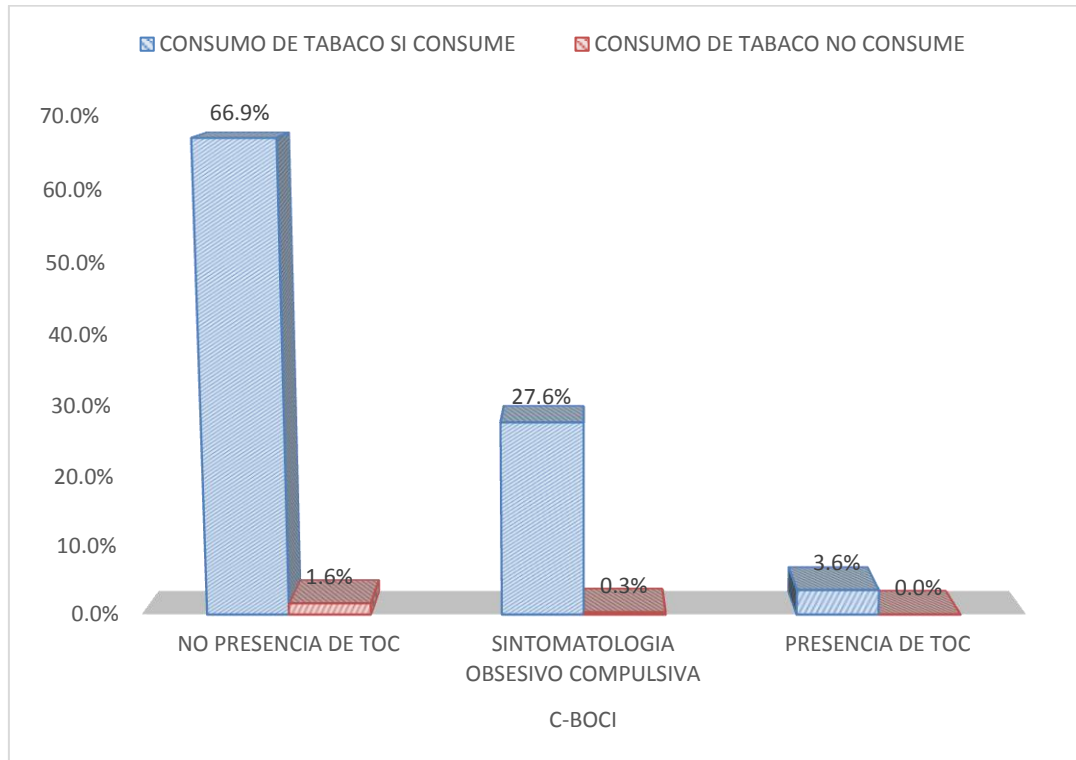
$P < 0.05$  ( $P = 0.037$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°26 según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.693$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el haber consumido o consumir tabaco de los internos de Medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 66,9% declaran haber consumido o consumir tabaco frente al 1,6% que declaran no haber consumido o consumir tabaco. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,6% declaran haber consumido o consumir tabaco frente al 0,3% que declara no haber consumido o consumir tabaco. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran haber consumido o consumir tabaco.

**Gráfico N° 26: Relación entre C-BOCI y el haber consumido o consumir tabaco los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 27: Relación entre C-BOCI y el haber consumido o consumir de alcohol los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	<b>SI CONSUME</b>	211	68.5	86	27.9	11	3.6	308	100.0

$X^2 = 0.2533$

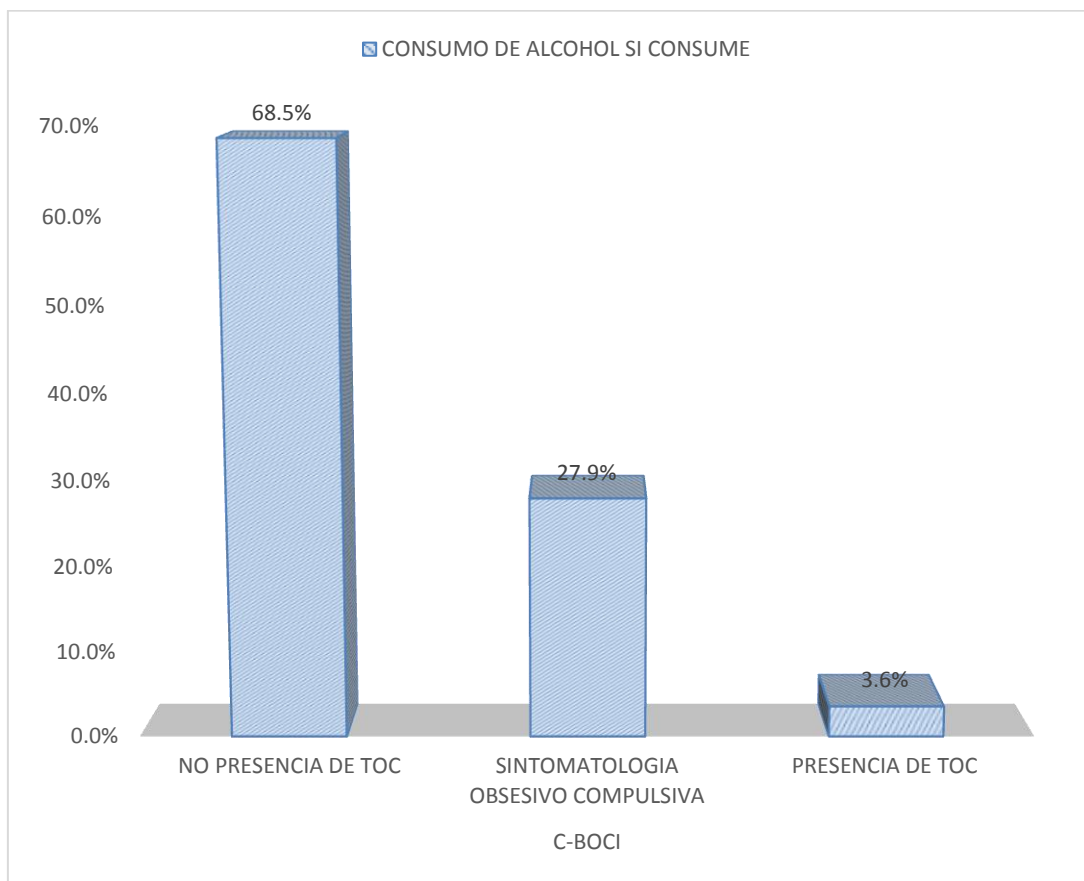
$P < 0.05$  ( $P = 0.000$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°27 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.2533$ ), se aprecia que la presencia de TOC y haber consumido o consumir alcohol declarado por los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 68,5% declaran haber consumido o consumir alcohol. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,9% declaran haber consumido o consumir alcohol. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran haber consumido o consumir alcohol.

**Gráfico N° 27: Relación entre C-BOCI y el haber consumido o consumir de alcohol los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 28: Relación entre C-BOCI y la universidad de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Universidad	Nacional	84	27.3	34	11.0	4	1.3	122	39.6
	Particular	127	41.2	52	16.9	7	2.3	186	60.4

$X^2 = 0.052$

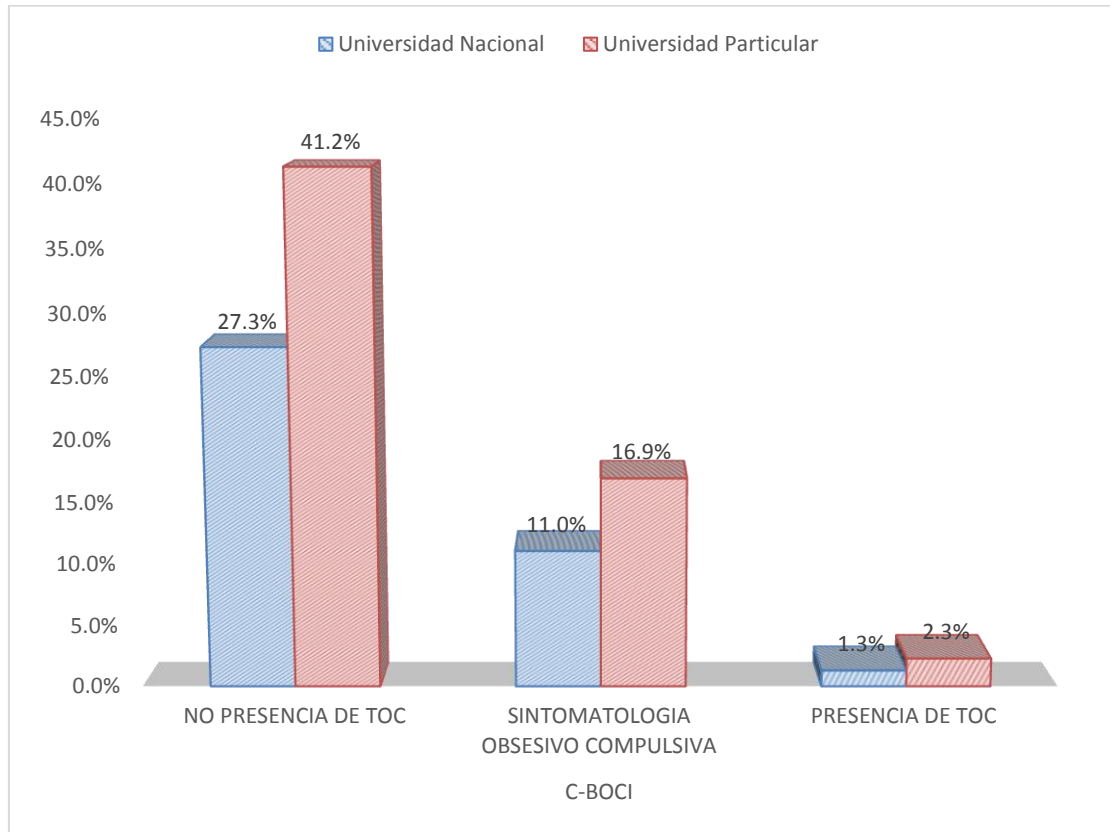
$P < 0.05$  ( $P = 0.048$ )

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y Gráfico N°28 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.052$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la universidad de procedencia de los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 41,2% procede de una universidad particular frente al 27,3% que proceden de una universidad nacional. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 16,9% procede de una universidad particular frente al 11,0% que proceden de una universidad nacional. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,3% proceden de una universidad particular y el 1,3% de una universidad nacional.

**Gráfico N° 28: Relación entre C-BOCI y la universidad de procedencia de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y Características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 29: Relación entre C-BOCI y la regularidad de estudios universitario de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>REGULARIDAD DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS</b>	<b>Regular</b>	207	67.2	84	27.3	11	3.6	302	98.1
	<b>Irregular</b>	4	1.3	2	0.6	0	0.0	6	1.9

$X^2 = 0.286$

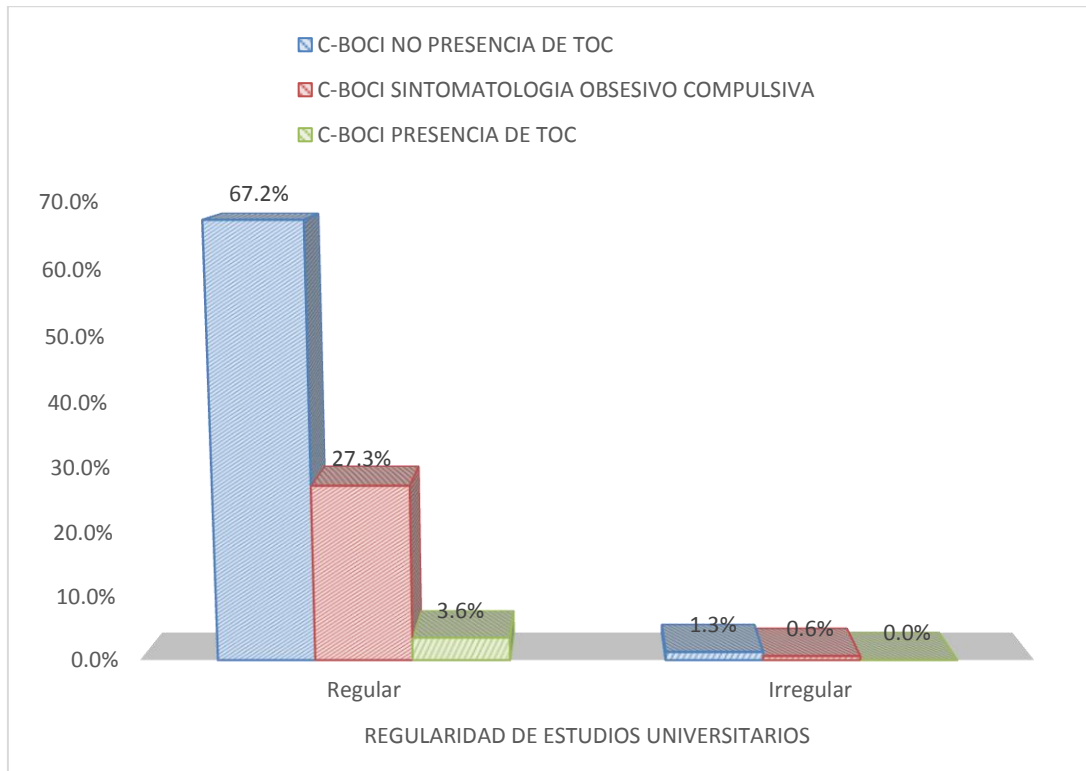
$P < 0.05$  ( $P = 0.023$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°29 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.286$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la regularidad de estudios universitarios de los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 67,2% considera sus estudios universitarios como regulares y el 1,3% los considera como irregulares. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,3% considera sus estudios universitarios como regulares y el 0,6% los considera como irregulares. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% consideran sus estudios universitarios como regulares.

**Gráfico N° 29: Relación entre C-BOCI y la regularidad de estudios universitario de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 30: Relación entre C-BOCI y el desempeño universitario percibido por los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
DESEMPEÑO UNIVERSITARIO	Muy bueno	15	4.9	19	6.2	4	1.3	38	12.3
	Bueno	173	56.2	59	19.2	7	2.3	239	77.6
	Regular	23	7.5	8	2.6	0	0.0	31	10.1

$X^2 = 19.456$

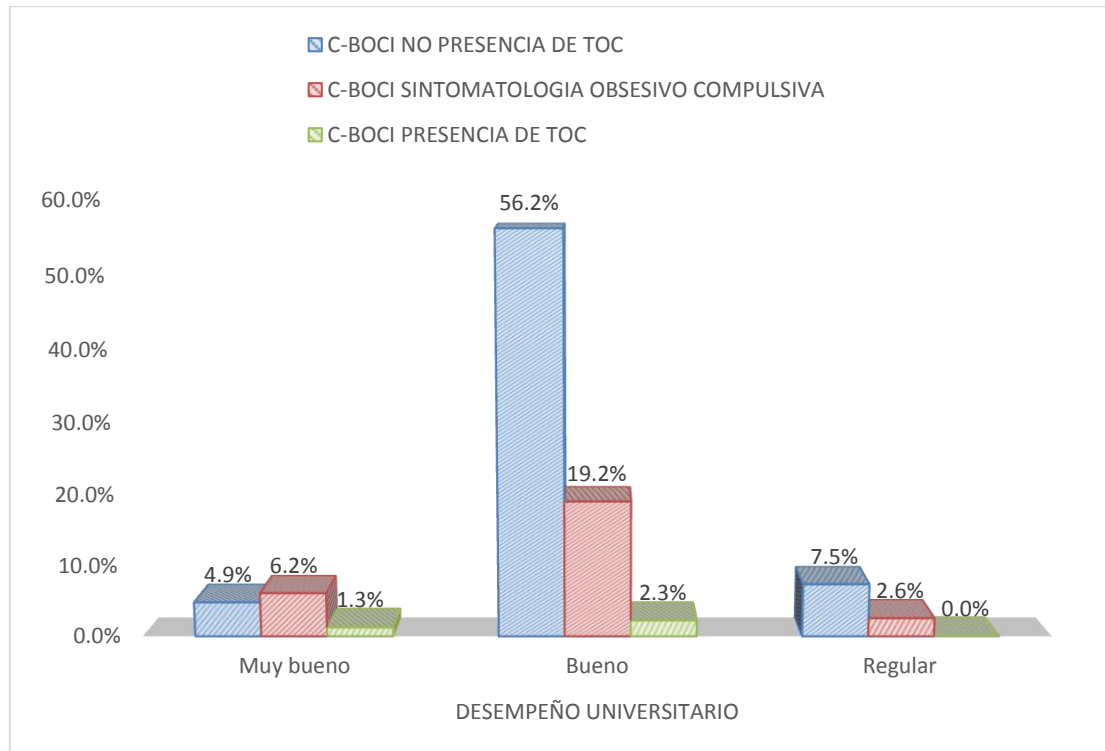
$P > 0.05$  ( $P = 0.057$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°30 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 19.456$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el desempeño universitario percibido por los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 56,2% considera tener un desempeño universitario bueno, el 7,5% consideran su desempeño regular y solo el 4,9% los consideran muy bueno. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 19,2% considera su desempeño universitario como bueno, el 6,2% como muy buenos y el 2,6% como regular. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,3% consideran su desempeño universitario como bueno y el 1,3% como muy bueno.

**Gráfico N° 30: Relación entre C-BOCI y el desempeño universitario percibido por los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 31: Relación entre C-BOCI y el tipo de plaza de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>PLAZA DE INTERNADO</b>	<b>Remunerado</b>	111	36.0	50	16.2	10	3.2	171	55.5
	<b>No remunerado</b>	100	32.5	36	11.7	1	0.3	137	44.5

$X^2= 19.356$

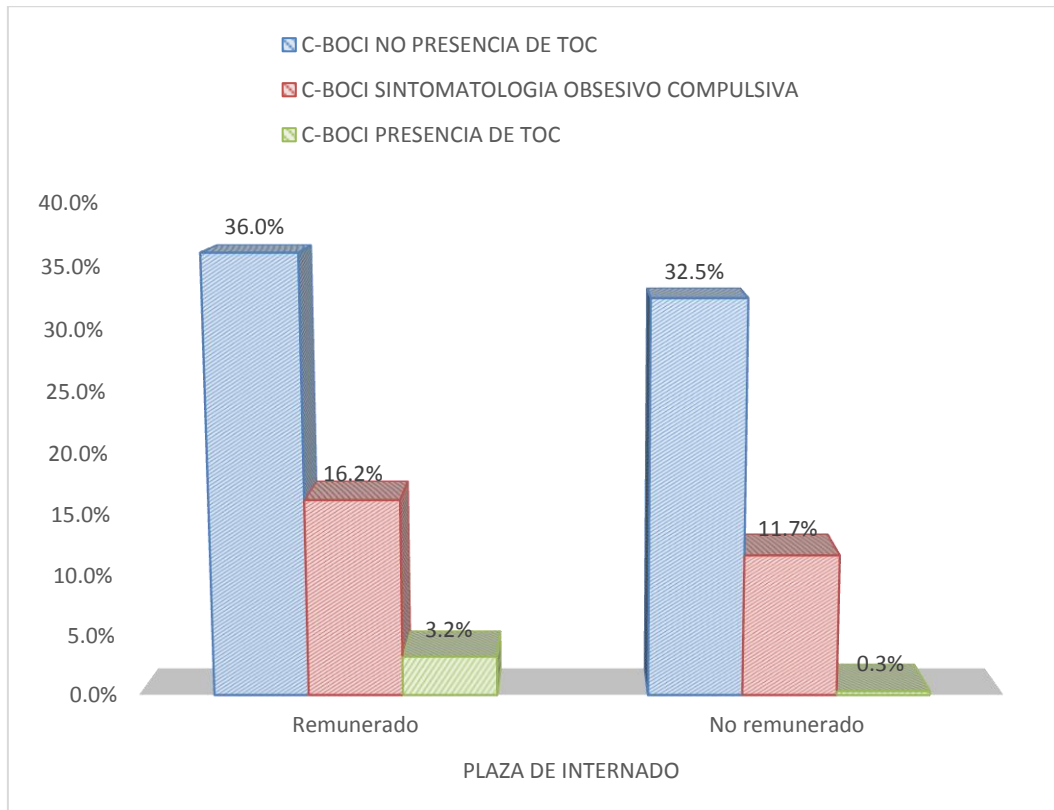
$P>0.05 (P= 0.38)$

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°31 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 19.356$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el tipo de plaza de internado de los internos de medicina no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 36,0% declara tener una plaza de internado remunerada y el 32,5% una plaza de internado no remunerada. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 16,2% declara tener una plaza de internado remunerada, y el 11,7% no remunerada. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,2% declaran tener una plaza de internado remunerada y el 0,3% no remunerada

**Gráfico N° 31: Relación entre C-BOCI y el tipo de plaza de internado de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 32: Relación entre C-BOCI y la rotación del internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Rotación	Medicina	57	18.5	23	7.5	4	1.3	84	27.3
	Cirugía	53	17.2	26	8.4	0	0.0	79	25.6
	Gineco-obstetricia	51	16.6	18	5.8	4	1.3	73	23.7
	Pediatría	50	16.2	19	6.2	3	1.0	72	23.4

$X^2 = 5.080$

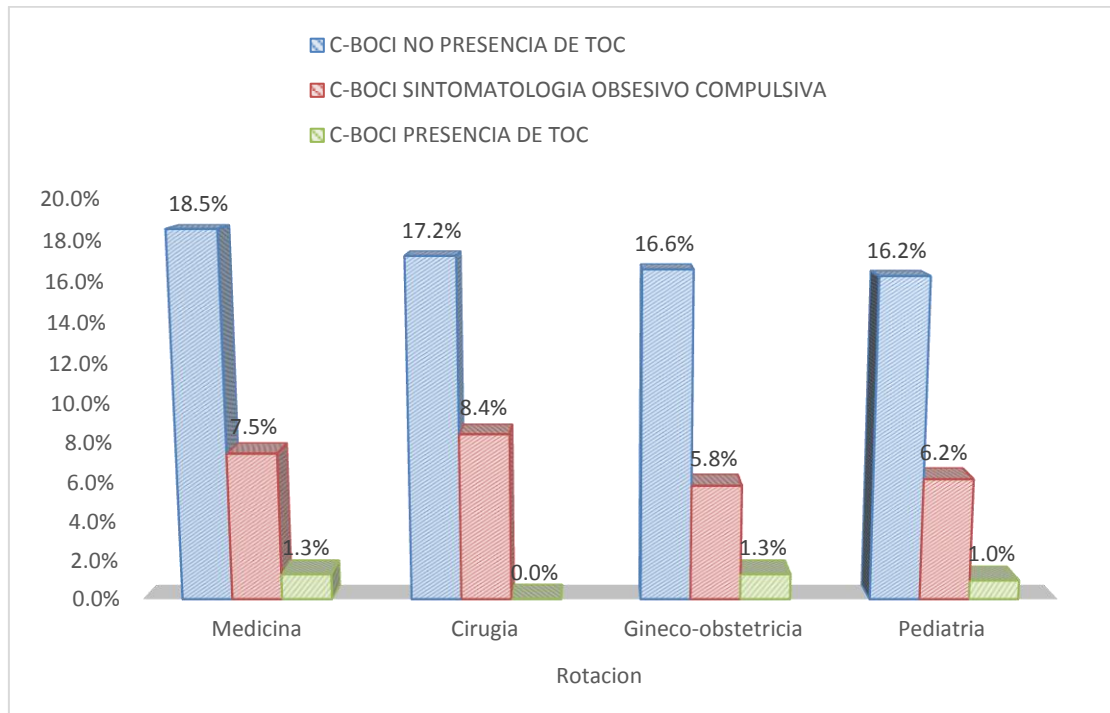
$P > 0.05$  ( $P = 0.534$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N° 32 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 5.080$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la rotación de internado médico que realizan los internos de medicina no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 18,5% realizan la rotación de Medicina, el 17,2% la rotación de Cirugía, el 16,6% la de Gineco-Obstetricia y el 16,2% la rotación de Pediatría. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 8,4% realizan la rotación de Cirugía, el 7,5% la de Medicina, el 6,2% la de Pediatría y el 5,8% la de Gineco-Obstetricia. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 1,3% realizan la rotación de Medicina, el 1,3% la de Gineco-Obstetricia y solo el 1,0% la de Pediatría.

**Gráfico N° 32: Relación entre C-BOCI y la rotación del internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



Fuente: Elaboración propia

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 33: Relación entre C-BOCI y el desempeño en el internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGÍA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%	f	%
<b>DESEMPEÑO EN EL INTERNADO</b>	<b>Muy bueno</b>	33	10.7	24	7.8	6	1.9	63	20.5
	<b>Bueno</b>	170	55.2	58	18.8	5	1.6	233	75.6
	<b>Regular</b>	8	2.6	4	1.3	0	0.0	12	3.9

$X^2 = 14.303$

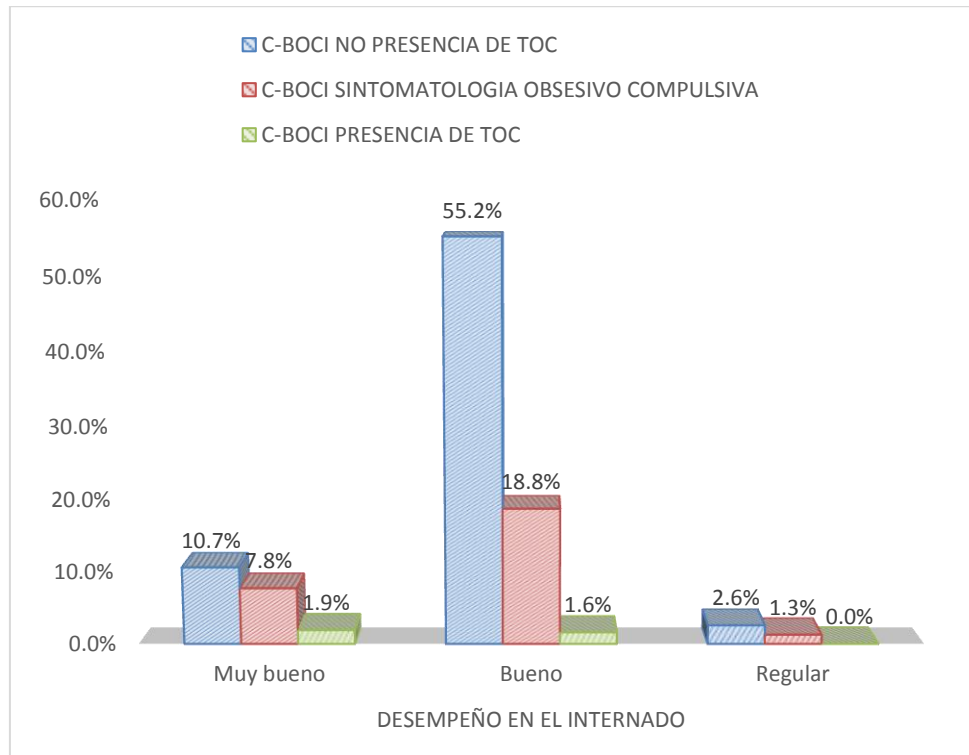
$P < 0.05$  ( $P = 0.006$ )

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y Gráfico N°33 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 14.303$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el desempeño en el internado médico declarado por los internos de medicina encuestados si presento relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 55,2% consideran su desempeño en el internado medico como bueno, el 10,7% como muy bueno y solo el 2,6% como regular. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 18,8% consideran su desempeño en el internado médico como bueno, 7,8% como muy bueno y solo el 1,3% como regular. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 1,9% consideran su desempeño en el internado médico como muy bueno y solo el 1,6% como bueno.

**Gráfico N° 33: Relación entre C-BOCI y el desempeño en el internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 34: Relación entre C-BOCI y el grado de exigencia del internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%		
GRADO DE EXIGENCIA DEL INTERNADO	Muy alto	43	14.0	18	5.8	0	0.0	61	19.8
	Alto	150	48.7	62	20.1	11	3.6	223	72.4
	Medio	18	5.8	6	1.9	0	0.0	24	7.8

$X^2= 4.555$

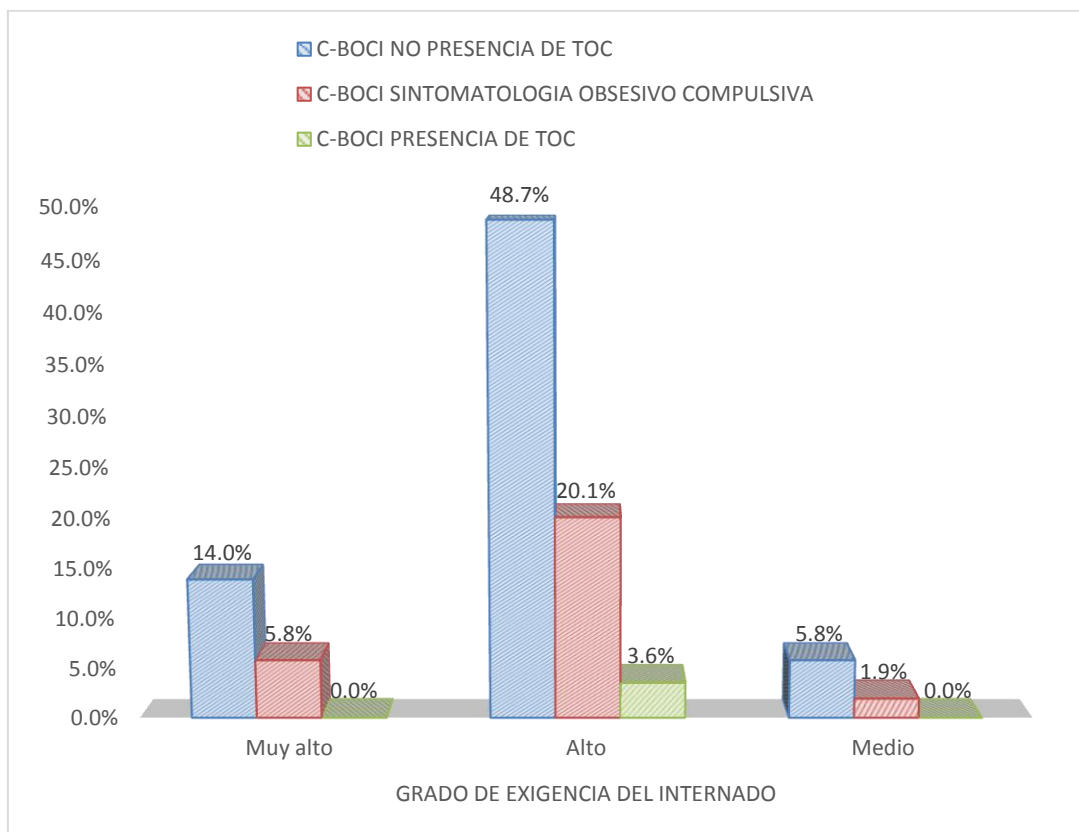
$P<0.05$  ( $P= 0.036$ )

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla y Gráfico N°34 según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 4.555$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el grado de exigencia del internado percibida por los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ )

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 48,7% consideran el grado de exigencia del internado médico como alto, el 14,0% la consideran como muy alto y solo el 5,8% la consideran como medio. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 20,1% consideran el grado de exigencia del internado médico como alto, el 5,8% como muy alto y solo el 1,9% como medio. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% consideran el grado de exigencia del internado médico como Alto.

**Gráfico N° 34: Relación entre C-BOCI y el grado de exigencia del internado médico en internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**

**“Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”**

**Tabla N° 2: Relación entre C-BOCI y las relaciones con compañeros de internado de internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**

		C-BOCI						Total	
		NO PRESENCIA DE TOC		SINTOMATOLOGIA OBSESIVO COMPULSIVA		PRESENCIA DE TOC			
		f	%	f	%	f	%		
RELACIONES CON COMPAÑEROS	Muy bueno	50	16.2	15	4.9	1	0.3	66	21.4
	Bueno	149	48.4	64	20.8	10	3.2	223	72.4
	Regular	12	3.9	7	2.3	0	0.0	19	6.2

$X^2 = 3.887$

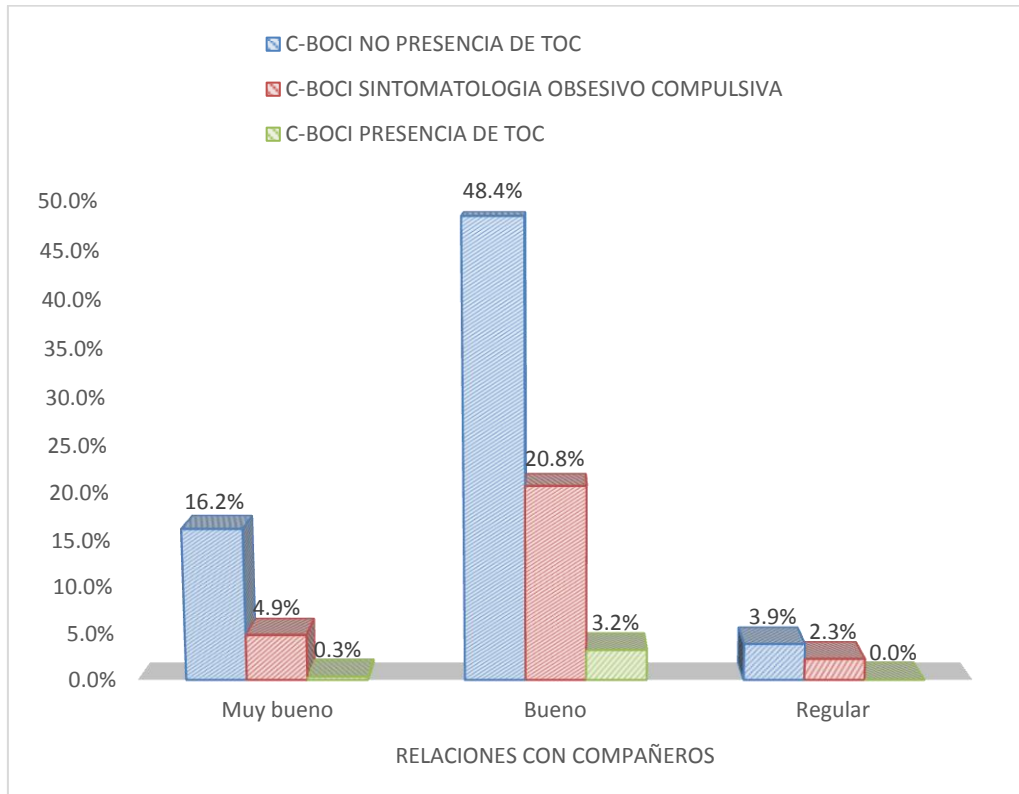
$P > 0.05$  ( $P = 0.442$ )

**Fuente: Elaboración propia**

En la Tabla y Gráfico N°35, según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 3.887$ ) se aprecia que la presencia de TOC y como consideran las relaciones con compañeros de internado no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 48,4% consideran la relación con sus compañeros de internado médico como bueno, el 16,2% como muy bueno y solo el 3,9% como regular. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 20,8% considera la relación con sus compañeros de internado como buena, el 4,9% la consideran como muy buena y solo el 2,3% la consideran como regular. De los internos de medicina con presencia TOC, el 3,2% consideran la relación con sus compañeros de internado como Buena y solo el 0,3% como muy buena.

**Tabla N° 3: Relación entre C-BOCI y las relaciones con compañeros de internado de internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima.**



**Fuente: Elaboración propia**



# **CAPÍTULO III**

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio incluyó a los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 320 internos de medicina de los cuales 12 no llenaron en forma correcta el cuestionario suministrado. Se evaluaron en total 308 cuestionarios que cumplieron con el llenado correcto del mismo.

La sede hospitalaria de la población estudiada (**Tabla 1 y Gráfico 1**) donde realizan internado médico los internos de medicina de cuatro hospitales públicos de Lima. Se encontró que el 29,9% de internos de medicina realizan su internado en el Hospital Dos de Mayo, el 27,9% tienen como sede el Hospital Arzobispo Loayza, el 26,0% tienen como sede el Hospital Hipólito Unanue y solo el 16,2% tienen como Sede el Hospital María Auxiliadora.

La edad de la población estudiada (**Tabla 2 y Gráfico 2**) estuvo comprendida entre menos de 23 años y 28 años a más, donde el grupo etario más frecuente fue el rango de edad entre 25 a 26 años (61,4%), luego el rango entre 23 a 24 años (25,6%), luego el rango entre 27 a 28 años (12,0%), luego el de más de 28 años (0,6%) y finalmente el de menos de 23 años (0,3%).

El género de la población estudiada (**Tabla 3 y Gráfico 3**) muestra que el 52,3% de los internos de medicina que respondieron al cuestionario pertenecen al género femenino, y el 47,7% pertenecen al género masculino.

El estado civil de la población estudiada (**Tabla 4 y Gráfico 4**) muestra que el 99,7% de los internos de medicina que respondieron al cuestionario son solteros, y el 0,3% son casados.

La procedencia de la población estudiada (**Tabla 5 y Gráfico 5**) muestra que el 90,6% de los internos de medicina que respondieron al cuestionario proceden de Lima y el 9,4% tienen otra procedencia.

Los familiares con los que viven la población estudiada (**Tabla 6 y Gráfico 6**) muestra que el 84,7% de internos de medicina que respondieron al cuestionario declaran vivir con sus padres, el 7,8% declaran vivir solo con su padre o madre, el 4,9% declaran vivir

solos, el 1,6% declaran vivir con otros familiares y solo el 1,0% declaran vivir con sus tíos.

La dependencia económica de la población estudiada (**Tabla 7 y Gráfico 7**) muestra que el 92,2% de internos de medicina que respondieron al cuestionario declaran depender económicamente de sus padres, el 5,5% declaran depender económicamente solo de su padre o madre, y solo el 2,3% declaran depender económicamente de otros familiares.

El consumo de tabaco en la población estudiada (**Tabla 8 y Gráfico 8**) muestra que el 98,1% de internos de medicina que respondieron al cuestionario declaran haber consumido o consumir tabaco, y solo el 1,9% declaran no haber consumido tabaco.

El consumo de alcohol en la población estudiada (**Tabla 9 y Gráfico 9**) muestra que el 100,0% de internos de medicina que respondieron el cuestionario declaran haber consumido o consumir alcohol.

La procedencia de la población estudiada (**Tabla 10 y Gráfico 10**) muestra que el 60,4% de internos de medicina que respondieron al cuestionario proceden de universidad particular, y solo el 39,6% proceden de universidad nacional.

La regularidad de estudios universitarios de la población estudiada (**Tabla 11 y Gráfico 11**) muestra que el 98,1% de internos de medicina que respondieron al cuestionario realizaron sus estudios universitarios de manera regular, y solo el 1,9% realizaron sus estudios universitarios de manera irregular.

El desempeño universitario de la población estudiada (**Tabla 12 y Gráfico 12**) muestra que el 77,6% de internos de medicina que respondieron al cuestionario considera su desempeño universitario como bueno, el 12,3% considera su desempeño universitario como muy bueno y solo el 10,1% considera su desempeño universitario como regular.

El tipo de plaza de internado de la población estudiada (**Tabla 13 y Gráfico 13**) muestra que el 55,5% de internos de medicina que respondieron al cuestionario declaran tener una plaza de internado remunerada, y solo el 44,5% declaran tener una plaza de internado no remunerada.

La rotación que realizan la población estudiada (**Tabla 14 y Gráfico 14**) muestra que el 27,3% de internos de medicina que respondieron al cuestionario realizan la rotación de Medicina, el 25,6% realizan la rotación Cirugía, el 23,7% realizan la rotación de Gineco-Obstetricia y solo el 23,4% realizan la rotación de Pediatría.

El desempeño en el internado de la población estudiada (**Tabla 15 y Gráfico 15**) muestra que el 75,6% de internos de medicina que respondieron al cuestionario considera su desempeño en el internado como bueno, el 20,5% lo considera como muy bueno y solo el 3,9% lo considera como regular.

El grado de exigencia de la población estudiada (**Tabla 16 y Gráfico 16**) muestra que el 72,4% de internos de medicina que respondieron al cuestionario considera el grado de exigencia en el internado como alto, el 19,8% lo considera como muy alto y solo el 7,8% lo considera como medio.

La relación con sus compañeros de internado de la población estudiada (**Tabla 17 y Gráfico 17**) muestra que el 72,4% de internos de medicina que respondieron al cuestionario considera la relación con sus compañeros en el internado como bueno, el 21,4% lo considera como muy bueno y solo el 6,2% lo considera como regular.

En cuanto a la frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo utilizando el C-BOCI (**Tabla 18 y Gráfico 18**) muestra que el 68,5% de internos de medicina no se encuentra la presencia de TOC, el 27,9% se encuentra la presencia de sintomatología obsesiva compulsiva y solo el 3,6% se encuentra la presencia de TOC.

**KOHN ET AL (6)**, en el estudio realizado en el año 2005 con el objetivo de conocer la prevalencia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe donde se obtuvieron datos de estudios comunitarios de estudios publicados entre 1980 y 2004, encontró una prevalencia total del 2,2% de Trastorno Obsesivo compulsivo en Perú.

**TORRES MERYHELEN (13)**, en el estudio que realizó en nuestra ciudad en el año 2013 para determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de

Arequipa utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró presencia de síntomas de Trastorno Obsesivo-compulsivo en un 4,17% de su población estudiada.

**GALLI ENRIQUE (14)**, en el estudio que realizó en la ciudad de Lima el año 2001 para determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró una frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un 0,8% de los estudiantes participantes.

**VALENCIA-MOLINA ANA ET AL (15)**, en el estudio que realizó en Colombia en el año 2014 para determinar la frecuencia de trastornos neuropsiquiátricos en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico utilizando la entrevista estructurada Neuropsiquiátrica para adultos (MINI-Plus), encontró un 1,8% de estudiantes universitarios con presencia de síntomas de Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

**HEINZE ET AL (16)**, en el estudio que realizó en México en el año 2008 para determinar síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de estudiantes de Medicina utilizando el Symptom Check List (SCL-90) encontró en ambos grupos de alumnos una frecuencia de TOC de 1,9%.

**NAVARRO-MANCILLA ET AL (20)**, en su estudio realizado en Colombia en el año 2011 para determinar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes escolarizados y determinar los factores sociodemográficos asociados, utilizando la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, encontró la prevalencia de TOC con una cifra de 7,4%.

En el presente trabajo de investigación se encontró una frecuencia de 3,6% de presencia de TOC, utilizando el Inventario de Clark-Beck de Obsesión-Compulsión, si bien es cierto ninguno de los trabajos mencionados utilizó este instrumento, que se considera como el único disponible para realizar cribado de este trastorno en la población general, nuestras cifras no distan de las encontradas a pesar del inconveniente del diferente tipo de instrumento utilizado. **TORRES MERYHELEN (13)** describe una frecuencia de 4,17% siendo el único estudio realizado en internos de medicina, lo que le da valor científico a nuestra investigación. **KOHN ET AL (6)**, que realizó un estudio más

amplio encontró una prevalencia de vida de TOC en la población general de 2,2% cifra que dista de la nuestra, igualmente **GALLI ENRIQUE (14)**, que realizó su estudio en estudiantes de medicina encontró una cifra de TOC de 0,8%, **VALENCIA-MOLINA ANA ET AL (15)**, encontró una cifra de 1,8% para TOC, **HEINZE ET AL (16)**, encontró una cifra de TOC de 1,9% y **NAVARRO-MANCILLA ET AL (20)**, si bien su estudio fue realizado en adolescentes y utilizando un instrumento específico para TOC encontró una prevalencia de 7,4%. Si bien es cierto los resultados obtenidos en nuestra investigación solo coinciden o se aproximan a un solo trabajo inferimos que la discordancia en cifras se deban al diferente instrumento utilizado y a la mayor sensibilidad y especificidad del C-BOCI, sin embargo un aporte importantísimo de nuestro estudio es la frecuencia de Sintomatología Obsesivo-Compulsiva con un 27,9% no encontrando trabajos que hayan estudiado esta variable.

En cuanto a la presencia de TOC y el hospital sede de internado médico (**Tabla y Gráfico N°19**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.386$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el hospital sede de internado médico no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 20,1% realizan su internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 18,8% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 18,2% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y el 11,4% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 8,8% realizan su internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 8,1% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 6,8% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y el 4,2% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora. De los internos con presencia de TOC, el 1,0% realizan su internado médico en el Hospital Dos de Mayo, el 1,0% lo realizan en el Hospital Arzobispo Loayza, el 1,0% lo realizan en el Hospital Hipólito Unanue y solo el 0,6% lo realizan en el Hospital María Auxiliadora.

En la revisión de antecedentes investigativos, no se encontró estudios que hayan utilizado esta variable, siendo un aporte más del presente estudio.

En cuanto a la presencia de TOC, y la edad de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°20**) según la prueba de Chi cuadrado

( $X^2= 7.229$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la edad de los internos encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 43,8% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, el 15,3% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años, el 8,4% declaran tener el rango de edad entre 27 a 28 años, el 0,6% declaran tener más de 28 años, y solo el 0,3% declaran tener menos de 23 años. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 14,9% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, el 9,4% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años, y solo el 3,6% declaran tener el rango de edad entre 27 a 28 años. De los internos con presencia de TOC, el 2,6% declaran tener el rango de edad entre 25 a 26 años, y solo el 1,0% declaran tener el rango de edad entre 23 a 24 años.

**TORRES MERYHELEN (13)**, en el estudio que realizó en nuestra ciudad en el año 2013 para determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de Arequipa utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró presencia de síntomas de Trastorno Obsesivo-compulsivo en un 4,17% de los internos de medicina estudiados con un rango de edad de 25 a 26 años.

**GALLI ENRIQUE (14)**, en el estudio que realizó en la ciudad de Lima el año 2001 para determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró una frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un 0,8% de los estudiantes participantes, con un rango de edad de 20 a 28 años.

Si bien es cierto, los rangos de edades descritos en los anteriores estudios coinciden con los resultados obtenidos respecto a edad y presencia de TOC en nuestra investigación, según **SADOCK BJ (2)** la edad media de inicio se aproxima a los 20 años, aunque en los varones la edad de inicio es ligeramente inferior (con una media aproximada de 19 años), a la de mujeres (con una media aproximada de 22 años), esta variación se podría deber a que el TOC sería infra diagnosticado a esos rangos de edad y continuaría con un curso crónico como también lo describe la literatura revisada.

En cuanto a la presencia de TOC y el género de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°21**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.106$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el género de los internos encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC, el 35,4% son de género femenino frente al 33,1% que son de género masculino. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 14,9% son de género femenino frente al 13,0% que son de género masculino. De los internos con presencia de TOC, el 1,9% son de género femenino frente al 1,6% que son de género masculino.

**TORRES MERYHELEN (13)**, en el estudio que realizó en nuestra ciudad en el año 2013 para determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de Arequipa utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró presencia de síntomas de Trastorno Obsesivo-compulsivo en un 4,17% de los internos de Medicina de estos el 2,63% eran de género masculino y el 4,17% de género femenino.

**GALLI ENRIQUE (14)**, en el estudio que realizó en la ciudad de Lima el año 2001 para determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró una frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un 0,8% de los cuales el 0,8% eran estudiantes de género masculino.

Si bien es cierto nuestras cifras no son cercanas al estudio de **TORRES MERYHELEN (13)**, ni al de **GALLI ENRIQUE (14)**, en el primero que sí se realizó en internos de medicina predominó en frecuencia el género femenino no coincidiendo así con el segundo, no obstante en la bibliografía revisada **CÍA, A (8)** refiere un incidencia algo mayor en las mujeres, llegando a una relación mujeres: hombres de 1,5:1 lo cual apoya los resultados obtenidos en el presente trabajo.

En cuanto a la presencia de TOC y el estado civil de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°22**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.461$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el estado civil de los internos encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 68,2% declaran ser solteros frente al 0,3% que declaran ser casado. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,9% declaran ser solteros. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran ser solteros.

Si bien es cierto no se estableció relación estadística significativa entre la presencia de TOC y el estado civil de los internos de medicina, no encontramos estudios que hayan evaluado esta variable, no obstante **CÍA, A (8)** describe que una mayor proporción de los pacientes con TOC presentan dificultad para establecer una relación de pareja por lo que la mayoría de estos es soltero coincidiendo con lo encontrado en nuestra investigación.

En cuanto a la presencia de TOC y el lugar de procedencia de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Grafico N°23**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.154$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el lugar de procedencia de los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P > 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 62,3% declaran proceder de Lima frente al 6,2% que proceden de otros lugares. De los internos de medicina con sintomatología obsesivo compulsiva, el 25,0% declaran proceder de Lima frente al 2,9% que proceden de otros lugares. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,2% declaran proceder de Lima frente al 0,3% que declara proceder de otros lugares.

**GALLI ENRIQUE (14)**, en el estudio que realizó en la ciudad de Lima el año 2001 para determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año utilizando el MINI en base al CIE-10, encontró una frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en un 0,8%.

El estudio anterior fue el único realizado en la ciudad de Lima, y en una universidad particular constituyendo la muestra del mismo solo estudiantes de medicina pero en donde no se tomó en cuenta el lugar de procedencia de los mismos. Sin embargo inferimos la mayor presencia de TOC en estudiantes procedentes de Lima debido a las características sociodemográficas propias de los mismos.

En cuanto a la presencia de TOC y los Familiar(es) con los que viven los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°24**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 14.337$ ) se aprecia que la presencia de TOC y los Familiar(es) con los que viven los internos encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 59,4% declaran vivir con sus padres, el 3,6% con solo padre o madre, el 2,9% declaran vivir solo, el 1,6% con otros familiares y solo el 1,0% con sus tíos De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 22,7% declaran vivir con sus padres, el 3,2% solo con su padre o madre y solo el 1,9% declaran vivir solo. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,6% declaran vivir con sus padres y solo el 1,0% declaran vivir con solo padre o madre.

Si bien es cierto la presencia de TOC y los Familiar(es) con los que viven los internos encuestados presentó relación estadística significativa, en la búsqueda bibliográfica no se encontró estudios que relacionen ambas variables, en la literatura revisada **SADOCK BJ (2)**, describe que la mayoría de pacientes con TOC presenta dificultad para realizar una vida fuera de su núcleo familiar, **CÍA, A (8)** también describe que los pacientes con TOC presentan dificultad para deshacer el apego creado hacia su padre o madre debido a que representan para ellos un medio de seguridad para enfrentar su trastorno. Inferimos pues que un aporte del presente trabajo sería esta relación significativa que corroboraría lo ya descrito por la literatura antes mencionada.

En cuanto a la presencia de TOC y la dependencia económica de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Grafico N°25**) según la Prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 11.534$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la dependencia económica de los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 63,6% declaran depender económicamente de sus padres, el 2,9% solo de padre o madre y solo el 1,9% de otros familiares. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 26,0% declaran depender económicamente de sus padres, el 1,6% solo de padre o madre y solo el 0,3% de otros familiares. De los internos de medicina con

presencia de TOC, el 2,6% declaran depender económicamente de sus padres y solo el 1,0% de solo padre o madre.

Si bien es cierto la presencia de TOC y la dependencia económica no se encontraron estudios que relacionen estas variables, inferimos además por las características de los internos de medicina estudiados esta relación estadística significativa podría deberse al mayor número de participantes procedentes de universidades particulares, donde la mayoría de estos necesariamente depende económicamente de una persona antes de terminar la carrera profesional. Agregamos además que es un aporte más del presente estudio esta relación ya mencionada.

En cuanto a la presencia de TOC y el haber consumido o consumir tabaco (**Tabla y Gráfico N°26**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.693$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el haber consumido o consumir tabaco de los internos de medicina que respondieron el cuestionario sí presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 66,9% declaran haber consumido o consumir tabaco frente al 1,6% que declaran no haber consumido o consumir tabaco. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,6% declaran haber consumido o consumir tabaco frente al 0,3% que declara no haber consumido o consumir tabaco. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran haber consumido o consumir tabaco.

**BEJEROT S. ET AL (21)**, en su estudio realizado en España en el año 2001 donde se determinó más detenimiento la relación entre el tabaquismo y los rasgos de la personalidad en los sujetos con TOC. Encontró que significativamente más frecuente un comienzo temprano del TOC entre los hombres que en ese momento no fumaban que entre los fumadores varones ( $P = 0,046$ ), pero no se encontraron diferencias entre los sujetos femeninos con TOC.

Si bien es cierto en el estudio anterior solo se tomó en cuenta a los pacientes con TOC, inferimos entonces que según este último estudio los pacientes con TOC e inicio temprano del trastorno fuman menos, por consiguiente aquellos pacientes con TOC y que consumen o consumieron tabaco iniciarían más tardíamente el cuadro, frente a los resultados de nuestro trabajo esto sería contradictorio ya que el total de internos de medicina con TOC(3,6%) consumió o consume tabaco y además la relación entre ambas

variables fue significativa, inferimos pues que esta discordancia podría deberse a factores propios de la población de internos incluidos en el estudio.

En relación a la presencia de TOC y el haber consumido o consumir alcohol (**Tabla y Gráfico N°27**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.2533$ ) se aprecia que la Presencia de TOC y haber consumido o consumir alcohol declarado por los internos de medicina que respondieron el cuestionario sí presento relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 68,5% declaran haber consumido o consumir alcohol. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,9% declaran haber consumido o consumir alcohol. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% declaran haber consumido o consumir alcohol.

**NEZIROGLU, FUGEN ET AL (22)**, en su trabajo realizado en Estado Unidos en el año 1994, en el cual determinó alguna variables demográficas asociadas a TOC, en pacientes ya con el diagnostico de TOC encontró una frecuencia de consumo de alcohol baja con 12,5%, además hubo relación significativa ( $P<0,05$ ) con el consumo del mismo siendo menor en los pacientes con TOC sin otra comorbilidad.

Si bien es cierto en nuestro estudio, encontramos relación estadística significativa entre ambas variables, en comparación con el estudio anterior sería contradictorio, consideraríamos pues que esta relación estadística significativa puede deberse a que el total de internos de medicina participantes del estudio declaro haber consumido o consumir alcohol.

En relación a la presencia de TOC y la Universidad de Procedencia (**Tabla y Gráfico N°28**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 0.052$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la universidad de procedencia de los internos de medicina encuestados si presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 41,2% procede de una universidad particular frente al 27,3% que proceden de una universidad nacional. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 16,9% procede de una universidad particular frente al 11,0% que proceden de una universidad

nacional. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,3% proceden de una universidad particular y el 1,3% de una universidad nacional.

**HEINZE ET AL (16)**, en el estudio que realizó en México en el año 2008 para determinar síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de estudiantes de medicina utilizando el Symptom Check List (SCL-90) encontró en ambos grupos de alumnos una frecuencia de TOC de 1,9%, de este total se encontró que el 1,1% de estos provenía de universidad privada y el 0,8% de universidad pública, siendo este resultado además significativo ( $P < 0,05$ ).

Con respecto al anterior estudio las cifras encontradas son muy similares a las halladas en nuestro estudio, además se encontró relación estadística significativa entre ambas variables dando relevancia científica a lo hallado en nuestro estudio.

En relación a la presencia de TOC y la regularidad de estudios universitarios (**Tabla y Gráfico N°29**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2 = 0.286$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la regularidad de estudios universitarios de los internos de medicina que respondieron el cuestionario sí presentó relación estadística significativa ( $P < 0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 67,2% considera sus estudios universitarios como regulares y el 1,3% los considera como irregulares. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 27,3% considera sus estudios universitarios como regulares y el 0,6% los considera como irregulares. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% consideran sus estudios universitarios como regulares.

**HEINZE ET AL (16)**, en el estudio que realizó en México en el año 2008 para determinar síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de estudiantes de medicina utilizando el Symptom Check List (SCL-90) encontró en ambos grupos de alumnos una frecuencia de TOC de 1,9%, si bien dividió a la población en estudiantes repetidores con TOC (1,8%) y los regulares (0,1%).

Si bien es cierto nuestros resultados distan en cifras respecto al estudio anteriormente citado, no obstante en nuestra población la regularidad de estudios con la presencia de TOC resultó significativa, esto podría deberse a las diferencias entre las poblaciones estudiadas.

En relación a la presencia de TOC y el desempeño universitario en los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°30**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 19.456$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el desempeño universitario percibido por los internos de medicina encuestados no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 56,2% considera tener un desempeño universitario bueno, el 7,5% consideran su desempeño regular y solo el 4,9% los consideran muy bueno. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 19,2% considera su desempeño universitario como bueno, el 6,2% como muy buenos y el 2,6% como Regular. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 2,3% consideran su desempeño universitario como bueno y el 1,3% como muy bueno.

Si bien es cierto no encontramos estudios que relacionen el desempeño universitario y la presencia de TOC, en la literatura revisada **CÍA, A (8)** refiere que la mayoría de pacientes con TOC no tienen problemas académicos, indica además que la mayoría de estos son exitosos en esta área del desarrollo, por tanto es un aporte del presente trabajo la influencia de la presencia de TOC y el desempeño universitario, aunque también por ser este algo subjetivo sería pertinente realizar un estudio con una variable más objetiva para medir el desempeño universitario.

En relación a la presencia de TOC y el tipo de plaza de internado de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°31**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 19.356$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el tipo de plaza de internado de los internos de medicina no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 36,0% declara tener una plaza de internado remunerada y el 32,5% una plaza de internado no remunerada. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 16,2% declara tener una plaza de internado remunerada, y el 11,7% no remunerada. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,2% declara tener una plaza de internado remunerada y el 0,3% no remunerada.

En la revisión de la literatura no se encontraron trabajos en internos que estudien esta variable, no obstante no se encontró relación estadística significativa entre ambas variables llama la atención que el 3,2% de los internos con presencia de TOC declaran tener una plaza de internado remunerada.

En relación a la presencia de TOC y la rotación de internado médico que realizan los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Grafico N° 32**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 5.080$ ) se aprecia que la presencia de TOC y la rotación de internado médico que realizan los internos de medicina no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 18,5% realizan la rotación de Medicina, el 17,2% la rotación de Cirugía, el 16,6% la de Gineco-Obstetricia y el 16,2% la rotación de Pediatría. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 8,4% realizan la rotación de Cirugía, el 7,5% la de Medicina, el 6,2% la de Pediatría y el 5,8% la de Gineco-Obstetricia. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 1,3% realizan la rotación de Medicina, el 1,3% la de Gineco-Obstetricia y solo el 1,0% la de Pediatría.

En la revisión de la literatura no se encontraron trabajos que hayan estudiado estas variables, no obstante no se encontró relación estadística significativa entre ambas variables, la rotación que con más frecuencia presentó internos de medicina con presencia de TOC fue la de Medicina.

En relación a la presencia de TOC y el desempeño en el internado médico declarado por los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°33**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 14.303$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el desempeño en el internado médico declarado por los internos de medicina que respondieron el cuestionario sí presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 55,2% consideran su desempeño en el internado médico como bueno, el 10,7% como muy bueno y solo el 2,6% como regular. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 18,8% consideran su desempeño en el internado médico como bueno, 7,8% como muy bueno y solo el 1,3% como regular. De los internos de medicina con

presencia de TOC, el 1,9% consideran su desempeño en el internado médico como muy bueno y solo el 1,6% como bueno.

En la revisión de la literatura no se encontraron trabajos que estudien si la presencia de TOC influiría en el desempeño de manera específica en los internos de medicina, no obstante se encontró relación estadística significativa entre el desempeño en el internado médico y la presencia de TOC, **CÍA, A (8)** indica que la presencia de TOC influiría negativamente en el desempeño laboral de los pacientes que padecen de este trastorno, limitándolos en algunas condiciones, pero al ser este trastorno heterogéneo no se establece de manera definitiva su implicancia en el desempeño laboral. En el presente trabajo se encontró además que al medir desempeño en el internado medico este se vería influido por la propia percepción del interno acerca de su desempeño siendo de cierta manera subjetivo.

En relación a la presencia de TOC y el grado de exigencia del Internado Medico percibida por los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°34**) según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 4.555$ ) se aprecia que la presencia de TOC y el grado de exigencia del internado percibida por los internos de medicina que respondieron el cuestionario sí presentó relación estadística significativa ( $P<0.05$ )

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 48,7% consideran el grado de exigencia del internado médico como Alto, el 14,0% la consideran como muy alto y solo el 5,8% la consideran como medio. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 20,1% consideran el grado de exigencia del internado médico como alto, el 5,8% como muy alto y solo el 1,9% como medio. De los internos de medicina con presencia de TOC, el 3,6% consideran el grado de exigencia del internado médico como alto.

Si bien es cierto se encontró relación estadística significativa entre la presencia de TOC y el grado de exigencia del internado médico no se encontró en la literatura revisada estudios que relacionen estas variables antes descritas. **SADOCK BJ (2)**, describe el inicio de TOC desencadenado en la mayoría de las oportunidades por estresores sociales, laborales, **CÍA, A (8)** igualmente indica que dos terceras partes de los pacientes con TOC refieren eventos vitales significativos, especialmente distres, asociados al inicio de su enfermedad, inferimos pues que lo anteriormente relatado podría ser comparado con los resultados obtenidos debido a que el Internado Medico

demanda una exigencia física y mental generando distres y que probablemente dicho trastorno se manifieste.

En relación a la presencia de TOC y la percepción de la relación con compañeros del internado médico de los internos de medicina que respondieron el cuestionario (**Tabla y Gráfico N°35**), según la prueba de Chi cuadrado ( $X^2= 3.887$ ) se aprecia que la presencia de TOC y como consideran las relaciones con compañeros de internado no presentó relación estadística significativa ( $P>0.05$ ).

Así mismo se muestra que de los internos de medicina con no presencia de TOC el 48,4% consideran la relación con sus compañeros de internado médico como bueno, el 16,2% como muy bueno y solo el 3,9% como regular. De los internos con sintomatología obsesivo compulsiva, el 20,8% considera la relación con sus compañeros de internado como buena, el 4,9% la consideran como muy buena y solo el 2,3% la consideran como regular. De los internos de medicina con presencia TOC, el 3,2% consideran la relación con sus compañeros de internado como buena y solo el 0,3% como muy buena.

Si bien es cierto al momento de realizar la búsqueda bibliográfica no se encontró trabajos de investigación que estudiaran estas variables, en nuestro estudio tampoco se encontró relación estadística significativa entre ambas variables, no obstante la literatura revisada **CÍA, A (8)** indica que entre una de las consecuencias del trastorno son el deterioro de las relaciones sociales que se evidencia incluso en algunas oportunidades con el aislamiento del paciente con TOC por parte de sus compañeros de trabajo, si bien en nuestro estudio el mayor porcentaje de los internos con presencia de TOC considera como buena la relación con sus compañeros, podría ser necesario evaluar de una manera más objetiva las relaciones de los mismos con sus compañeros.



**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Las características sociodemográficas de los internos de medicina, en los cuales se aplicó el presente estudio son: el hospital sede de internado médico con mayor número de internos es el Hospital Dos de Mayo con 92 (29,9%), el rango de edad que predominó fue el de 25 a 26 años con 189 internos (61,4%), 161 (52,3%) pertenecen al género femenino, 307 (99,7%) son solteros, 279 (90,6%) procedentes de Lima, 261 (84,7%) declararon que viven con sus padres, 284 (92,2%) declararon que dependen económicamente de sus padres, 302 (98,1%) declararon haber consumido o consumir tabaco, 308 (100%) declararon haber consumido o consumir alcohol, predominó la universidad particular con 186 internos (60,4%), 302 (98,1%) realizaron de manera regular sus estudios, 239 (77,6%) consideraron su desempeño universitario como bueno, 171 (55,5%) declararon tener una plaza remunerada, predominó la rotación de Medicina con 84 internos (27,3%), 233 (75,3%) consideraron su desempeño en el internado como bueno, 233 (72,4%) consideraron como alto el grado de exigencia, y 223 (72,4%) consideraron las relaciones con sus compañeros como buenas.

**SEGUNDA:** La Frecuencia de TOC en los internos de medicina fue de 3,6% (11), respecto a la presencia de sintomatología obsesivo compulsiva se encontró una frecuencia de 27,9%(86) y en 68,5%(211) no se encontró presencia de TOC.

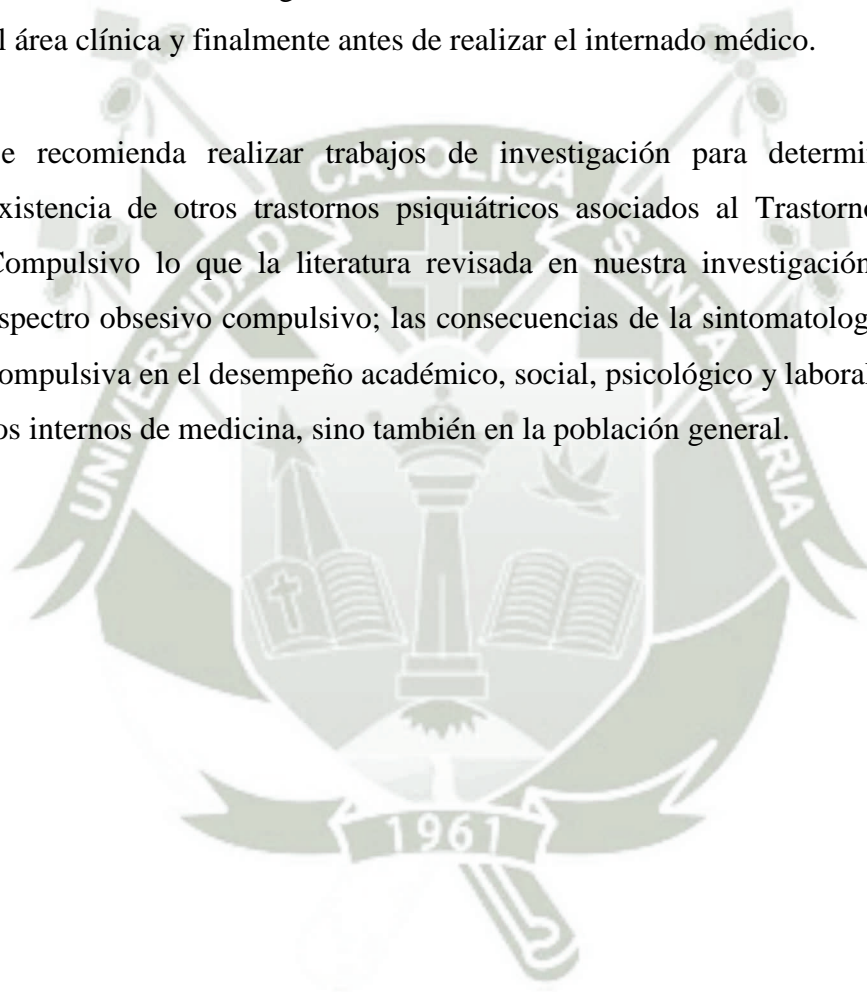
**TERCERA:** El perfil sociodemográfico de los internos con presencia de TOC es: El hospital sede de los mismos fue el Hospital Arzobispo Loayza (1%), Hospital Dos de Mayo (1%), Hospital Hipólito Unanue (1%) y el Hospital María Auxiliadora (0,6%), la edad de 25 a 26 años (2,6%), predominó el género femenino (1,9%) frente al masculino (1,6%), el estado civil fue el soltero(a) (3,6%), predominó Lima (3,2%) como procedencia, el o los familiar(es) con los que viven fue sus padres (2,6%) siendo estadísticamente significativo( $P<0,05$ ). Dependen económicamente de sus padres (2,6%) siendo estadísticamente significativo ( $P<0,05$ ), el total de internos con TOC (3,6%) , declara haber consumido o consumir alcohol y tabaco respectivamente siendo ambos estadísticamente significativos( $P<0,05$ ), predominó la universidad particular (2,3%) siendo estadísticamente significativo ( $P<0,05$ ), la regularidad de estudios lo consideran regular (3,6%) siendo estadísticamente significativo ( $P<0,05$ ), predominó el tipo de plaza remunerada (3,2%), respecto a la rotación del internado médico predominó

la de Medicina (1,3%) y la de Gineco-Obstetricia (1,3%), el desempeño en el Internado lo consideran como muy bueno (1,9%) siendo estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ), el grado de exigencia percibido lo consideran alto (3,6%) siendo estadísticamente significativo ( $P < 0,05$ ). Finalmente respecto a la relación con los compañeros la consideran buena (3,2%).



## RECOMENDACIONES

- Realizar un tamizaje de este trastorno en los últimos años de los estudiantes de medicina debido a los deterioros que este trastorno trae consigo tanto en la esfera social, específicamente en las relaciones interpersonales.
- Sugerir a las facultades de medicina humana, dar mayor relevancia a la salud mental de sus estudiantes, realizando evaluaciones psicológicas y psiquiátricas tanto al momento de ingresar a la facultad, al momento de iniciar los estudios en el área clínica y finalmente antes de realizar el internado médico.
- Se recomienda realizar trabajos de investigación para determinar la coexistencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al Trastorno Obsesivo Compulsivo lo que la literatura revisada en nuestra investigación denomina espectro obsesivo compulsivo; las consecuencias de la sintomatología obsesivo compulsiva en el desempeño académico, social, psicológico y laboral no solo de los internos de medicina, sino también en la población general.





1. Lemperiere T. Consideraciones históricas sobre los trastornos obsesivos y fóbicos. Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia. Madrid: Aran; 1990. P.9-13
2. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.604-618
3. Berrios GE., Historia de los trastornos obsesivos. En Vallejo J., Berrios J., editores. Estados obsesivos. 2da ed. Barcelona: Mason; 1995
4. Alarcón, RD.; Psiquiatría, 2da ed. Washington, D.C.: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap. 14 p.480-87
5. Murray, CJL. Lopez AD., The global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 1996
6. Kohn R.; et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005
7. Davison, G., Neale, J. Psicología de la Conducta Anormal, 2da ed. Editorial Limusa, 2000. Cap 5 p.191-195.
8. Cía, A. Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados.1ra ed. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.Cap 3.p 71-76.Cap 8. 186-89
9. Cohen, BJ. Psiquiatría: Teoría y Practica. 1ed. McGraw-Hill-Interamericana 2006, España. Cap. 8 p.326-330
10. Hollander, E. Obsessive-Compulsive related disorders.Editado por E. Hollander.American Psychiatric Press.N.W. Washington, DC.1993.
11. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

12. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. Cap. 21 p. 267-273
13. Torres MA., Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en Internos de Medicina y Médicos Residentes, Arequipa 2013. Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Perú, 2013.
14. Galli, E., et al. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered 2001; 13: 19-25.
15. Valencia-Molina A., Pareja-Galvis, A., Montoya, D. Trastornos Neuropsiquiátricos en Estudiantes Universitarios con bajo rendimiento académico de una Universidad Privada de Medellín. Revista CES de Psicología, Vol 7, No 1 (2014)
16. Heinze., et al. Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud Mental 2008; 31:343-350.
17. Behar R., et al. Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. Rev chil neuro-psiquiat 2008; 46 (1): 25-34.
18. García-Soriano G., Pensamientos Intrusos Obsesivos y Obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal. Tesis Doctoral: Facultad de Psicología,

Universidad de Valencia, España Universitat de València Servei de Publicacions 2008

19. Belloch A., Reina N, García-Soriano G., Clark D., Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI): Validación para su uso en población española. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 14, N. ° 2, pp. 95-105, 2009.
20. Navarro-Mancilla A., Rueda-Jaimes G., Camacho P., Franco J., Escobar M., Díaz-Martínez L. Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40 / No. 2 / 2011
21. Bejerot S. et al. Rasgos de personalidad y tabaquismo en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Eur Psychiatry Ed. Esp. (2001); 8: 11-18
22. Neziroglu, Fugen A; Yaryura Tobías, José A; Lemli, James M; Yaryura, Ricardo A. Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat;40(3):217-23, set. 1994. tab

# ANEXOS



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## “Frecuencia y características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015”

**Autor: Alvarado Atahualpa, Oscar Piero**

Proyecto de Investigación optar el grado de bachiller

Asesor:

**Dr. Crithian José Vargas Lazo**

**Arequipa - Perú**

**2015**

## I. PREÁMBULO

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), es una condición mental común, heterogénea de larga duración y puede llegar a causar una gran disfunción. Inicia en la niñez o la adolescencia, generalmente es subdiagnosticado por su naturaleza vergonzante, y por ende, subtratado a pesar de la existencia de tratamientos efectivos, este incluye una heterogeneidad clínica que va más allá de la clásica triada de obsesiones, compulsiones y dudas. Si bien la prevalencia a lo largo de la vida en la población general es de 2% a 3%, algunos autores describen hasta 10% de prevalencia en enfermos con patología psiquiátrica. Las consecuencias del TOC, en la vida del individuo que lo padece, afectan varias áreas de su funcionamiento especialmente las relacionadas con las relaciones sociales, intrafamiliares y a nivel del trabajo del individuo. Muchos de estos presentan problemas con la familia, además de la dificultad de mantener o poder constituir un hogar o una familia posteriormente. De manera similar a nivel laboral, el individuo presenta disfunción en su desarrollo, ya que es criticado por sus compañeros o se siente avergonzado por el trastorno. El interno de medicina, integrante del equipo de salud que brinda atención de manera directa al usuario de los servicios de salud, interactúa constantemente con otros profesionales de la salud, realiza trabajo en equipo y requiere del desarrollo de habilidades sociales para el mismo, no estaría exento de este trastorno y al padecerlo conllevaría al deterioro de las relaciones sociales en desmedro del usuario de los servicios de salud, la interacción laboral con sus compañeros, en desmedro del trabajo en equipo. Por tal motivo mi interés en caracterizar el perfil sociodemográfico del interno de medicina con TOC, la frecuencia del mismo, y la presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál será la frecuencia y las características sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastorno Obsesivo-Compulsivo



**b) Análisis de Variables**

**CUADRO 1**

<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidad / Categoría</b>	<b>Escala</b>
Frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo	Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (CBOCI)	0-17: No presencia de TOC 18-30: Presencia de sintomatología Obsesiva-compulsiva Mayor a 30: Presencia de TOC	Nominal
Características Sociodemográficas	Edad	Años	De razón
	Género	Masculino; Femenino	
	Estado civil	Soltero, Casado, Conviviente, Viudo ,Divorciado	Nominal
	Procedencia	Lima, Otros	Nominal
	Familiar(es) con los que vive	Sus padres, Sólo padre o madre, Tíos, Otros familiares, Solo	Nominal Nominal
	Dependencia económica	Sus padres, Sólo padre o madre, Tíos, Otros familiares. Solo	Nominal
	Consumo de tabaco	Si, No	Nominal
	Consumo de alcohol	Si, No	Nominal
	Tipo de universidad donde termino sus estudios	Nacional, Particular	Nominal
	Regularidad de estudios universitarios	Regular, Irregular	Nominal
	Desempeño universitario	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo	Ordinal
	Tipo de plaza de internado	Remunerada, No remunerada	Nominal
	Rotación de Internado que realiza	Medicina, Cirugía Gineco-Obstetricia Pediatria	Nominal
Desempeño en el internado	Muy bueno, Bueno, Regular, Malo, Muy malo	Ordinal	
Grado de exigencia en el internado	Muy alto, Alto, Medio, Bajo, Muy bajo	Ordinal	

Fuente: Elaboración propia

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015?
3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los internos de medicina con Trastorno Obsesivo-Compulsivo de cuatro hospitales públicos, Lima 2015?

**d) Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, y transversal.

**1.3. Justificación del problema**

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

**Originalidad:** En la búsqueda bibliográfica y de revistas no se llegó a encontrar artículos relacionados con TOC y personal de salud, si bien se describe frecuencia del mismo en la población general, no se encontró estudios epidemiológicos del mismo en personal de salud, ya que la mayoría de instrumentos utilizados no sirven para realizar tamizaje, ventaja que tiene la C-BOCI, por tal motivo el presente trabajo es original.

**Relevancia Científica:** Las tasas de TOC son bastantes consistentes, con una estimación de la prevalencia a lo largo de la vida en la población general del 2% al 3%. En el estudio que se realizó en nuestra ciudad se encontró la prevalencia de los síntomas de trastorno obsesivo compulsivo en un 3.7%, cabe resaltar que este estudio se realizó en internos de medicina y médicos residentes. Las consecuencias del TOC sobre el funcionamiento del individuo son varias una de esta se encuentra en la relaciones personales por tal motivo y además por determinar su frecuencia ya que el TOC al ser identificado y tratado responde bien al tratamiento, por tal motivo el presente trabajo tiene relevancia científica.

**Relevancia Social:** El TOC, afecta el funcionamiento social del individuo, específicamente en lo que respecta la relaciones interpersonales, interfamiliares y la dificultad para la conformación de una familia, que como sabemos es la base de la sociedad, por tal motivo el presente trabajo tiene relevancia social.

**Relevancia Contemporánea:** En las últimas décadas el interés sobre la realización de estudios de frecuencia y prevalencia de trastornos mentales en personal de salud ha aumentado, ya que el personal de salud interactúa con los usuarios de sus servicios, y la conservación de la salud mental en estos es fundamental para brindar un servicio integral al usuario.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.

## 2. Marco conceptual

### 2.1. Trastorno Obsesivo Compulsivo

#### 2.1.1. Definición

El trastorno obsesivo compulsivo es una condición mental común, heterogénea de larga duración y puede llegar a causar una gran disfunción. Inicia en la niñez o la adolescencia, generalmente es subdiagnosticado por su naturaleza vergonzante, y por ende, subtratado a pesar de la existencia de tratamientos efectivos. (1)

El trastorno obsesivo compulsivo está representado por un grupo diverso de síntomas que consisten en pensamientos intrusivos, rituales, preocupaciones y compulsiones. Estas obsesiones o compulsiones recurrentes causan una angustia grave al individuo. Las obsesiones o compulsiones son laboriosas e interfieren significativamente con la rutina normal del individuo, su función laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones. Un paciente con TOC puede tener una obsesión, una compulsión o ambas. (2)

Una obsesión es un pensamiento, un sentimiento, una idea o una sensación recurrente o intrusiva. A diferencia de la obsesión que es un acontecimiento mental, la compulsión es una conducta. Específicamente una compulsión es una conducta consciente, estandarizada y recurrente como contar, verificar o evitar. Un paciente con TOC es consciente de la irracionalidad de la obsesión y experimenta tanto esta como la compulsión como egodistónicas (es decir una conducta no deseada). Aunque el acto compulsivo puede realizarse en un intento de reducir la ansiedad asociada a la obsesión, no siempre se consigue. La compleción del acto compulsivo puede no influir sobre la ansiedad e incluso puede aumentarla. La ansiedad también se incrementa cuando un individuo se resiste a efectuar la compulsión. (2)

#### 2.1.2. Historia del Trastorno Obsesivo Compulsivo

El término obsesión apareció tarde en el lenguaje médico; antes del siglo XIX estaba vigente la teoría de los cuatro humores que consideraba los fenómenos obsesivos como parte de la melancolía. A partir de entonces se describieron estos fenómenos como los conocemos hoy, pero interpretados en función de teorías vigentes y descritas bajo diferentes epígrafes: monomanías razonantes para Esquirol (1838); ideas fijas para Parchappe (1851); locura lucida según Trelat (1861); enfermedad de la duda para Farlet (1864) y onomatomanía para Chacot (1875). (1)

A principios del siglo XX, Janet y Freud fueron determinantes en la conceptualización de este trastorno. Ambos autores se alejaron de las explicaciones fisiopatológicas para centrarse en el estudio del conflicto psicológico. La neurosis obsesiva de Freud prevaleció en las clasificaciones sin tomar en cuenta las descripciones neurológicas.

Sir William Osler notificó la relación de “ciertos comportamientos perseverantes” en pacientes con Corea de Sydenham; en la epidemia de 1916-27, Von Economo describió la encefalitis letárgica, seguida de trastornos del sueño, movimientos anormales y secuelas obsesivas; los españoles Fernández y López Ibor en 1967, reportaron la eficacia de la clomipramina un inhibidor potente de la recaptación de la serotonina; la imagenología cerebral sugiere patología de la corteza frontal y de los ganglios basales; la Dra. Swedo describió síntomas neuropsiquiátricos, incluso los obsesivos compulsivos, en un grupo de niños luego de infecciones por el estreptococo beta hemolítico del grupo A. Estas descripciones nos dejan en claro que no podemos olvidar el cerebro cuando se habla de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). (3)

El concepto general de TOC sintetiza una serie de factores de patología orgánica, clínica y psicológica, que constituyen un paradigma de difícil comprobación. El concepto semiológico incluye una heterogeneidad clínica que va más allá de la clásica triada de obsesiones, compulsiones y dudas, para admitir trastornos motores y preceptuales. (4)

### **2.1.3. Epidemiología**

Aunque las primeras investigaciones sugirieron que el TOC era una condición rara, posteriormente se demostró su alta prevalencia. A mediados de los años noventa la prevalencia de vida varió de 0.7% en Taiwán a 2.5% en Puerto Rico, con consecuencias

tan serias que la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo ubico entre las primeras 20 enfermedades que producen discapacidad. (5)

Las tasas de TOC son bastantes consistentes, con una estimación de la prevalencia a lo largo de la vida en la población general del 2% al 3%. Algunos investigadores han estimado que el trastorno se observa hasta en el 10% de los pacientes ambulatorios en las clínicas psiquiátricas. Estas cifras convierten al TOC en el cuarto diagnostico psiquiátrico más frecuente después de las fobias, los trastornos relacionados con sustancias y el trastorno depresivo mayor. (2)

En adultos, la afectación en varones y mujeres es igualmente probable, mientras que en adolescentes, la frecuencia de afectación en varones es superior al de mujeres. La edad media de inicio se aproxima a los 20 años, aunque en los varones la edad de inicio es ligeramente inferior (con una media aproximada de 19 años), a la de mujeres (con una media aproximada de 22 años). (2)

Globalmente los síntomas de casi dos tercios de los individuos afectados se inician antes de los 25 años, y los síntomas de menos del 15% comienzan después de los 35 años. El trastorno puede iniciarse en la adolescencia o la infancia, y en algunos casos, ya a los dos años. La frecuencia del TOC es superior en los solteros que en los casados, aunque esta observación probablemente refleje la dificultad que tienen los individuos con este trastorno para mantener relaciones. El TOC es menos frecuente entre los negros que entre los blancos, aunque esta variación puede residir más en la facilidad de acceso a la atención sanitaria que a diferencias de la prevalencia. (2)

Según el estudio de Kohn R.et al. Titulado: Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: la prevalencia del TOC en Lima durante toda la vida para ambos sexos es de 2.2%, la tasa para varones es de 2,0% y para mujeres del 2,9%.(6)

#### **2.1.4. Etiología**

##### **2.1.4.1. Factores biológicos**

###### **2.1.4.1.1. Sistema Serotonérgico**

Los diversos estudios clínicos con fármacos respaldan la hipótesis de la desregulación de la serotonina en la aparición de síntomas de obsesiones y compulsiones en el trastorno. Los datos muestran que los serotonérgicos son más efectivos que los

fármacos que actúan sobre otros sistemas de neurotransmisores, aunque no está claro que la serotonina esté implicada en la causalidad del TOC. Los estudios clínicos han analizado las concentraciones en el LCR de metabolitos de la serotonina (p.ej el ácido 5-hidroxiindolacético [5-HIAA]) y las afinidades y puntos de unión plaquetaria de la imipramina tritiada, que se une a los puntos de Recaptación de serotonina con resultados variables en pacientes con TOC. En un estudio, la concentración de 5-HIAA en el LCR se redujo tras el tratamiento con clomipramina, lo que centra la atención en el sistema serotoninérgico. (2)

La encefalitis, las lesiones en la cabeza y tumores cerebrales han sido relacionados con la aparición del TOC. Neuroquímicamente el interés se ha enfocado en la serotonina. La clomipramina, antidepresivo tricíclico que bloquea la reabsorción de serotonina, ha resultado ser una terapia conveniente en el TOC. Por otra parte, los pacientes que antes de la prueba tienen altos niveles de serotonina o su principal metabolito, muestran una mejoría notable al ser tratados con un bloqueador de la reabsorción de serotonina, y la medida en que estos fármacos reducen los niveles de serotonina se correlaciona con su eficacia clínica. De modo semejante, las investigaciones con fármacos que pueden estimular el receptor de serotonina revelan que los mismos pueden exacerbar los síntomas del TOC. (7)

Justamente como se mencionó anteriormente, la hipótesis neuroquímica del TOC, se basa en los aspectos moleculares que participan en dilucidar la problemática química conllevando todo a un territorio integrante de neurociencias básicas y farmacológicas. La hipótesis neuroquímica del TOC propone un déficit serotoninérgico con la participación de otros neurotransmisores. Esta hipótesis ha sido convalidada de manera parcial con la aplicación de moléculas bloqueadoras de serotonina (5-HT), que mejoran los síntomas del TOC en adultos y niños.(4)

En base a los efectos antiobsesivos obtenidos con la clomipramina a partir del año 1968, y de otros potentes inhibidores de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina, se confirmó la hipótesis de que la acción terapéutica está asociada al potente perfil serotoninérgico que presentan estos agentes. Sin embargo no puede inferirse de ello, que estos pacientes presenten una anomalía psicobiológica que refleje una disfunción serotoninérgica. Un modo de examinar esta cuestión fue comparar pacientes con TOC libres de medicación, con adecuados sujetos

de control. Este sistema de estudio ha sido empleado mediante el método de la ligazón de la imipramina-H3 a las plaquetas, y estudiando las concentraciones del ácido 5-hidroxi-indolacético(A-5HIA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y, por otra parte observando las respuestas comportamentales y endocrinas en pruebas o desafíos farmacológicos con agentes agonistas serotoninérgicos selectivos. (8)

Se ha visto que la elevada afinidad de la imipramina-H3 para ligarse con las plaquetas del ser humano, reproduce estrechamente los sitios de ligazón que tiene esta misma droga en el cerebro humano y esta también asociada al sitio de captación presináptica de la 5-HT<sub>3</sub> o serotonina-H3. Por consiguiente la elevada afinidad que presentan los sitios de ligazón de las plaquetas con la imipramina-H3, puede ser utilizada como un modelo para estudiar las neuronas centrales serotoninérgicas. Se comprobó que la máxima ligazón de la imipramina-H3 en los sitios específicos plaquetarios, estaba significativamente disminuida (un 50% más bajo) en 18 pacientes con TOC, comparados con 18 sujetos de control seleccionados por edad y sexo, en un estudio de Weizman y col.(1986), aunque esto no habría sido encontrado en uno previo efectuado por Insel y col.(1985).(8)

La concentración de ácido 5-hidroxi-indolacético en el LCR, que es un metabolito de la serotonina, puede servir como un indicador de la renovación o turn-over de la 5-HT. Valores significativamente elevados (un 30% más) de la concentración de este metabolito en LCR han sido verificados en 8 pacientes con TOC comparados con 23 sujetos control.(8)

Un estudio previo más amplio efectuado por Thorén y col.(1980), no encontró niveles de ácido 5-HIA elevados en LCR, aunque había un incremento del orden del 20% en los pacientes con TOC comparado con los controles. Los niveles elevados de este metabolito en pacientes con TOC, respecto a los controles, es de particular interés, debido a que los pacientes violentos e impulsivos, que son fenomenológicamente opuestos a los pacientes con TOC, presentan niveles del ácido 5-HIA en LCR significativamente más bajos que los sujetos de control, según lo visto anteriormente, o sea cifras opuestas a los obsesivos-compulsivos. (8)

Para investigar en profundidad el posible rol de la serotonina en la mediación de los síntomas obsesivos, se compararon los efectos comportamentales y endocrinos producidos por la activación directa del sistema serotoninérgico con un agonista de los

receptores 5-HT, en pacientes con TOC vírgenes de tratamiento, comparado con sujetos normales de control. Otras drogas que afectan el metabolismo para el sistema serotoninérgico, por ejemplo el triptófano o el hidroxitriptofano, o están asociadas a efectos adversos muy severos como la p-clorofenilalanina. Algunos inhibidores de la Recaptación de la serotonina como la zimelidina, han sido declarados como peligrosos para el uso clínico y algunos agonistas directos de los receptores post-sinápticos como la dimetilriptamina, no son útiles a causa de sus propiedades alucinógenas. (8)

Zohar y colaboradores, eligieron para estudiar el metabolismo de la serotonina a un agonista de los receptores 5-HT, la monoclorofenilpiperacina (m-CFP), un derivado sintético de la piperacina no indólico, que penetra rápidamente la barrera hematoencefálica y es un metabolito del antidepresivo trazodone. Se esperaba que fuera seguro y bien tolerado en su administración en el humano. En estudios realizados en animales, la m-CFP produjo cambios típicos en el comportamiento mediado por la serotonina, como por ejemplo una disminución en el consumo de alimentos y en la locomoción; respuestas neuroendocrinas tales como incremento en los niveles de prolactina, ACTH y cortisol, y reacciones fisiológicas como hipertermia. Se supone que todos estos cambios son el resultado de un agonismo producido en los receptores postsinápticos 5-HT y pueden ser revertidos por la administración de metergolina, un antagonista de los receptores 5-HT, y son respondedores a supuestas alteraciones en la sensibilidad de estos receptores. (8)

Zohar y col.(1987) administraron 0,5mg/kg de m-CFP por vía oral a 12 pacientes con TOC, libres de medicación y a 14 sujetos control, para determinar si había una respuesta diferente en los mismos desde un punto de vista endocrino, comportamental o de la temperatura corporal, o sobre los síntomas de la enfermedad. Con respecto a los sujetos controles, los pacientes con TOC libres de tratamiento, al recibir la m-CFP, se ponían mucho más ansiosos, depresivos y disfóricos, y demostraban mayores incrementos en la alteración del sentido de la realidad. Por ejemplo referían pensamientos inusuales, como sentirse irreales o extraños, o fuera de si mismos. La respuesta al placebo que también fue administrado fue muy leve y no difirió significativamente entre los controles normales y los pacientes. Este hallazgo sugiere que los pacientes con TOC no tratado, son más respondedores a los efectos comportamentales de la m-CFP. (8)

Sin embargo esto no aclara de qué manera la misma afecta los síntomas de la enfermedad. Para comprobar este efecto, cada paciente completó con la ayuda de un psiquiatra, dos escalas específicas para evaluar posibles cambios en las obsesiones y compulsiones. Los pacientes fueron evaluados a la hora y media, a las tres horas, y a las tres horas y media post-droga. Luego de la administración de m-CFP, pero no de placebo, los pacientes con TOC no tratados experimentan una exacerbación transitoria pero muy marcada de sus síntomas obsesivo-compulsivos. El pico de respuesta comportamental se observó en las primeras tres horas posteriores a la administración, y la duración del desmejoramiento clínico vario, desde varias horas en la mitad de los pacientes, a 48 horas en un 20% de ellos. Se sintieron más ansiosos, inquietos, preocupados, asustados, deprimidos, desesperanzados, con disforia, irritables, enojados, incomodos o excitados con pensamientos que corrían a mayor velocidad, con alteraciones de los sentidos de la realidad, desconfiados, extraños o con pensamientos inusuales. (8)

En base a estos hallazgos, nace la interrogante de por qué un agonista de la 5-HT, como m-CFP, se encuentra asociado a una exacerbación aguda de los síntomas del TOC, mientras que agentes que se supone también incrementan la función serotoninérgica indirectamente como la clomipramina, la fluvoxamina, la sertralina y la fluoxetina, disminuyen los síntomas del TOC. Esta paradoja aparente podría ser explicada, como ha sido reportado en investigaciones basadas en experimentación animal, porque el tratamiento a largo plazo con estas medicaciones conduce a una regulación en baja adaptativa de los receptores serotoninérgicos. (8)

Aunque la serotonina parece jugar un papel crítico en la neurobiología del TOC, el focalizarse simplemente en un solo neurotransmisor o receptor, constituye sin lugar a dudas una sobresimplificación. Sería no considerar la complejidad y las sutiles interrelaciones existentes en esta enfermedad entre los diversos sistemas de neurotransmisores. O sea que los últimos hallazgos son consistentes con la comprobación de que hay una respuesta serotoninérgica aumentada, más que disminuida en los pacientes con TOC, y que la acción terapéutica de los inhibidores de la Recaptación de serotonina en general podría estar relacionada con su habilidad para regular en baja la función serotoninérgica. El tratamiento prolongado con inhibidores de la Recaptación de serotonina produce ansiolíticos y antiobsesivos por desensibilización de los receptores 5-HT<sub>2C</sub>. (8)

#### **2.1.4.1.2. Sistema Noradrenérgico**

Actualmente se dispone de menos evidencias de la disfunción del sistema noradrenergico en el TOC. Las descripciones anecdóticas demuestran cierta mejoría de los síntomas del TOC con clonidina por vía oral, un fármaco que reduce la cantidad de noradrenalina liberada por las terminaciones nerviosas pre sinápticas. (2)

#### **2.1.4.1.3. Neuroinmunología**

Se ha suscitado cierto interés en una relación positiva entre la infección por estreptococos beta hemolíticos del grupo A puede provocar fiebre reumática y aproximadamente del 10% al 30% de los pacientes desarrollan Corea de Sydenham y presentan síntomas obsesivo-compulsivos. (2)

##### **2.1.4.1.3.1. Trastornos Neuropsiquiátricos Autoinmunitarios Pediátricos asociados con la Infección por Estreptococos (PANDAS)**

Se ha identificado un grupo de jóvenes prepuberales en los que los síntomas del TOC aparecen de forma brusca (los padres suelen ser capaces de constatar la fecha exacta), en el contexto de una infección de vías respiratorias altas por estreptococo beta-hemolítico del grupo A. En estos casos, los síntomas del TOC pueden deberse a una toxina o a una reacción auto inmunitaria (en la que se forman anticuerpos contra los estreptococos que, en última instancia, se convierten en anticuerpos antineuronales que a su vez se unen de forma preferencial al núcleo caudado). En estos niños los síntomas del TOC sólo son uno de un espectro de síntomas que se pueden producir parte de los denominados PANDAS. Otras posibles manifestaciones clínicas son el inicio brusco de la corea de Sydenham, labilidad emocional, hiperactividad, conducta de oposición, tics y/o signos neurológicos “suaves”. (9)

Los niños que presentan síntomas obsesivos agudos deberán someterse a una exploración de la faringe, y aun frotis de la garganta para una prueba rápida de detección del antígeno estreptocócico y/o cultivo. En alrededor de un cuarto de los casos, el frotis inicial será negativo, por lo que la prueba se debe repetir a las 72 horas, ya que a menudo se convierte en positiva transcurrido este tiempo. Cuando se trata de forma aguda, un curso de 10 días con antibióticos suele erradicar el organismo y elimina los síntomas del TOC en más o menos 14 días. Sin embargo es esencial su

reconocimiento precoz, ya que parece que los antibióticos no tienen efecto alguno en niños con PANDAS de larga duración. (Esto último puede reflejar un efecto de “facilitación”, en el que la exposición a largo plazo a una toxina o a un anticuerpo produce en último término una alteración permanente de la función neuronal. (9)

#### **2.1.4.1.4. Estudios de Neuroimagen**

Los estudios de neuroimagen en pacientes con TOC han generado datos convergentes que implican una alteración de la función de los microcircuitos entre la corteza orbito frontal, el caudado y el tálamo. Diversos estudios funcionales con neuroimagen (p.ej TEP) han demostrado un aumento de la actividad (p.ej., en el metabolismo y el flujo sanguíneo) en los lóbulos frontales, los ganglios basales (especialmente, el caudado) y el cíngulo en pacientes con TOC. La afectación de estas áreas en la patología del TOC parece más asociada a las vías corticoestriadas que a las vías amigdalinas, que son actualmente el centro de gran parte de las investigaciones sobre trastorno de ansiedad. Los tratamientos farmacológicos y conductuales describen la reversión de estas anomalías. Los datos de los estudios funcionales de neuroimagen cerebral son consistentes con los datos estructurales. Tanto la TC como la RM han demostrado la presencia de una reducción bilateral de los caudados en los pacientes con TOC. Los resultados de los estudios funcionales y estructurales mediante neuroimagen también son compatibles con la observación de la efectividad ocasional de los procedimientos sobre el cíngulo en el tratamiento del TOC. En un reciente estudio con RM se observó el incremento de los tiempos de relajación en T1 en la corteza frontal, una observación consistente con la localización de las alteraciones descubiertas en los estudios con TEP. (4)

#### **2.1.4.1.5. Genética**

Los datos genéticos disponibles sobre el TOC respaldan la hipótesis que postula que el trastorno tiene un componente genético significativo. La probabilidad de presentar un TOC en los familiares de probandos con TOC es consistentemente de tres a cinco veces superior en comparación con las familias de probandos control. Sin embargo, los datos todavía no discriminarían los factores hereditarios de la influencia de los efectos culturales y conductuales sobre la transmisión del trastorno. Los estudios de concordancia para el trastorno en gemelos han demostrado consistentemente una tasa significativamente superior de concordancia en los gemelos monocigóticos que en los

dicigóticos. Algunos estudios también demuestran elevaciones de las tasas de diversas enfermedades de familiares de probandos con TOC, como el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de tics, el trastorno dismórfico corporal, la hipocondría, los trastornos de la conducta alimentaria y hábitos como la onicofagia. (2)

Carey y Gottesman (1981) mencionan evidencias de que dicho trastorno podría tener un origen genético, y así lo han comprobado otros estudios. Mckeon y Murray (1987) encontraron altas tasas de trastornos por ansiedad entre parientes en primer grado de pacientes con TOC, y Lenane y cols (1990) descubrieron que 30% de estos parientes también padecían del mismo. (7)

Los estudios familiares de TOC aportan abundantes evidencias de que la enfermedad es familiar, sobre todo hay muchos pacientes con rasgos de formas obsesivo-compulsivas, además de afectados por la enfermedad. Todos los estudios familiares proveen evidencias que sugieren que la sintomatología obsesivo compulsiva, sucede con mucho mayor frecuencia entre los parientes biológicos de los pacientes con TOC, de lo que podría esperarse, meramente, por el azar. Investigaciones recientes llevadas a cabo por Pauls, Reynolds y col.(1995), en las cuales todos los parientes de primer grado de los pacientes fueron directamente encuestados, otorgo evidencias más convincentes de que el TOC es una enfermedad familiar, al referir que el 17% de los padres de los pacientes infantiles con TOC, reunían los criterios para la enfermedad. En esta investigación si los pacientes con rasgos obsesivo-compulsivos eran incluidos las tasas se incrementaban significativamente. Sin embargo al no contar con grupos de control, fue imposible determinar si estas tasas, tan significativamente elevadas en los parientes de los enfermos con TOC, lo eran respecto a los familiares de controles sanos. Otra línea de evidencia que demuestra que por lo menos algunas formas de TOC son familiares y hereditarias, proviene de algunos trabajos recientes acerca del Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT). Pauls y col. (1986) reportaron que el 23% de los familiares de primer grado de los pacientes con SGT tenían TOC. Entre aquellos parientes, cerca del 40% padecían de TOC sin SGT o tics. (8)

#### **2.1.4.1.6. Otros datos biológicos**

Los datos aportados por los estudios electrofisiológicos, electroencefalógrafos del sueño y neuroendocrinos indican algunas similitudes entre los trastornos depresivos y el TOC. Los pacientes con TOC presentan una incidencia superior a la habitual de alteraciones

inespecíficos en el EEG. Los estudios de EEG durante el sueño han detectado alteraciones semejantes a las observadas en los trastornos depresivos, como la reducción de la latencia de los movimientos oculares rápidos. Los estudios neuroendocrinos han demostrado asimismo ciertas analogías con los trastornos depresivos, como la ausencia de supresión en la prueba de supresión con dexametasona aproximadamente en un tercio de los pacientes y una reducción de la secreción de la hormona del crecimiento con infusiones de clonidina. (2)

#### **2.1.4.2. Factores Conductuales**

De acuerdo con los teóricos del aprendizaje, las obsesiones son estímulos condicionados. Un estímulo relativamente neutro se asocia al miedo o a la ansiedad mediante un proceso de condicionamiento de la respuesta al emparejarse con acontecimientos que son nocivos o producen ansiedad. Por lo tanto, los objetos y pensamientos previamente neutros se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar ansiedad o malestar. (2)

Las compulsiones se establecen de manera diferente. Cuando un individuo descubre que cierta acción reduce la ansiedad vinculada con un pensamiento obsesivo, desarrolla estrategias activas de evitación en forma de compulsiones o conductas rituales para controlar la ansiedad. Gradualmente a causa de su eficacia para reducir la pulsión secundaria dolorosa (ansiedad), las estrategias de evitación se fijan como patrones aprendidos de conductas compulsivas. La teoría de aprendizaje proporciona conceptos útiles para explicar ciertos aspectos de los fenómenos obsesivo-compulsivos como la capacidad de provocar ansiedad de las ideas no atemorizadoras por sí mismas y el establecimiento de patrones conductuales compulsivos. (2)

Los conductistas consideran a las obsesiones y compulsiones como conductas aprendidas que son reforzadas por sus consecuencias. Un conjunto de consecuencias es la reducción del miedo. Por ejemplo, lavarse las manos compulsivamente se concibe como una respuesta de escape operante que permite disminuir una preocupación obsesiva por la contaminación con suciedad o gérmenes. De modo similar la verificación compulsiva puede reducir la ansiedad en torno a cualquier desastre que el paciente anticipe si no realiza el mencionado ritual. De hecho esta conducta compulsiva puede reducir la ansiedad medida por los autoinformes, si como las respuestas psicofisiológicas. Sin embargo las investigaciones también han mostrado que no todos

los actos compulsivos reducen la ansiedad en el mismo grado. Rachman y Hodgson (1988) informan que los pacientes con una compulsión de limpieza tienen más facilidad para disminuir su ansiedad que quienes manifiestan compulsión por verificar. Por otra parte la reducción de ansiedad no explica las obsesiones. En realidad las obsesiones de pacientes con TOC, les producen ansiedad; de modo muy parecido a como lo hacen pensamientos incontrolables similares en sujetos normales relativos a estímulos estresantes, como una película de terror. (7)

Las ideas obsesivas según los factores conductuales se explican, indicando que la mayoría de las personas en ocasiones experimenta ideas indeseables cuyo contenido es semejante a la de las obsesiones. Sin embargo, las personas normales toleran o hacen caso omiso de estas cogniciones. En el caso de los obsesivos, estos pensamientos son acentuados y producen gran preocupación. Es así como el individuo obsesivo trata de suprimir activamente estas ideas tan abrumadoras, con consecuencias desafortunadas. (7)

Wegner y cols. (1987) estudiaron lo que sucede cuando se pide a la gente que suprima una idea. Se indicó a dos grupos de estudiante universitarios, que pensarán en un oso blanco, o que no lo hicieran. Un grupo lo hizo pero después trató de no pensar en él. El otro grupo siguió un procedimiento inverso. Para medir los pensamientos se hizo que los grupos verbalizaran sus ideas y que hicieran sonar una campana cada vez que pensarán en un oso blanco. Hubo dos hallazgos importantes. Primero los intentos por no pensar en determinada cosa no fueron del todo satisfactorios. Segundo, los estudiantes que primero inhibieron sus pensamientos acerca del oso blanco, tuvieron más pensamientos posteriores relativos al mismo una vez concluida la condición inhibitoria. Debido a ello, el tratar de suprimir una idea, puede tener el efecto paradójico de producir preocupación entorno a la misma. Por otra parte los esfuerzos por suprimir los pensamientos desagradables casi siempre requieren estados emocionales intensos, lo que genera un fuerte vínculo entre la idea suprimida y la emoción. Después de muchos intentos de supresión, una fuerte emoción puede ocasionar el retorno de este pensamiento, acompañado de un mayor estado de ánimo negativo, esto consecutivamente produce un aumento de ansiedad. (7)

### **2.1.4.3. Factores Psicosociales**

#### **2.1.4.3.1. Factores de Personalidad**

El TOC difiere del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad que se asocia a una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos similares de la personalidad. La mayoría de los individuos con TOC no presentan síntomas compulsivos pre mórbidos y dichos rasgos de personalidad no son necesarios ni suficientes para la aparición del TOC. Sólo aproximadamente del 15% al 35% de los pacientes con TOC presenta rasgos obsesivos pre mórbido. (2)

#### **2.1.4.3.2. Factores Psicodinámicos**

La introspección psicodinámica puede ser muy útil para comprender los problemas del cumplimiento terapéutico, las dificultades interpersonales y los problemas de personalidad que acompañan al trastorno del Eje I. Muchos pacientes con TOC pueden negarse a colaborar con los tratamientos efectivos como los ISRS y la terapia conductual. Aun cuando los síntomas del TOC pueden tener una base biológica, pueden tener significados psicodinámicos. Los pacientes pueden estar interesados en mantener la sintomatología por los beneficios secundarios así un paciente varón cuya madre se queda en casa para cuidarlo puede desear inconscientemente seguir sufriendo los síntomas porque así atrae la atención de ella. (4)

#### **2.1.5. Diagnóstico**

Como parte de los criterios diagnósticos del TOC, queda clasificado dentro de los Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados en la DSM-5, que indica:(11)

A. Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las obsesiones se definen por (1) y (2):

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

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

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

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados

con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafílicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).(7)

Existen pocos instrumentos para la tamización del TOC que se pueden aplicar en ambientes de cuidado primario; un cuestionario o entrevista útil para la tamización debe ser corto, sencillo, amigable y con una aceptable sensibilidad y especificidad. Se han desarrollado cuestionarios autoadministrados que han mostrado unas adecuadas cualidades psicométricas y utilidad en la práctica clínica; entre los más usados hoy en día encontramos el Inventario de Yale-Brown, el Inventario de Clark-Beck y la versión corta del inventario de obsesiones de Leyton.(8)

### **2.1.6. Cuadro Clínico**

Los pacientes con TOC suelen acudir primero a la consulta de otros médicos por sus síntomas que a la del psiquiatra. La mayoría de los pacientes con TOC presentan tanto obsesiones como compulsiones (hasta el 75% en algunos estudios). Algunos investigadores creen que el número se aproxima más al 100% si se evalúa cuidadosamente a los pacientes en busca de compulsiones mentales, además de las conductuales, así una obsesión sobre dañar a un niño puede ir seguida de una compulsión mental a repetir una plegaria específica un número específico de veces. Otros investigadores y clínicos, sin embargo creen que algunos pacientes tienen solo pensamientos obsesivos sin compulsiones; para ser más claros es mejor conceptualizar a las obsesiones como pensamientos y a las compulsiones como conductas. (12)

Las obsesiones y compulsiones son las características esenciales del TOC. Una idea o un impulso, importunan insistentemente y persistentemente la consciencia de un individuo. Las obsesiones típicas asociadas al TOC son pensamientos sobre contaminación (“tengo las manos sucias”) o dudas (“olvide apagado el horno). (2)

Un sentimiento de miedo intenso acompaña la manifestación central, y la característica clave de la compulsión es que reduce la ansiedad asociada a la obsesión. La obsesión o la compulsión son ajenas al yo, es decir, se experimenta como extraña a la experiencia del individuo en sí mismo como ser psicológico. Sin importar cuán vividas y convincentes sea la obsesión y la compulsión, el individuo las reconoce como absurdas e irracionales. El individuo que sufre obsesiones y compulsiones suele sentir un intenso deseo de resistirse a ellas. Sin embargo, aproximadamente la mitad de los pacientes presenta poca resistencia a las compulsiones, aunque alrededor del 80% de ellos cree que la compulsión. A veces los pacientes sobrevaloran las obsesiones y las

compulsiones; así un paciente puede insistir que la limpieza compulsiva es realmente correcta, aunque piensen que han perdido su tiempo. (12)

### 2.1.6.1. Espectro Obsesivo-Compulsivo

El TOC era, hasta hace pocos años considerado una enfermedad rara y actualmente se lo ubica entre los trastornos psiquiátricos más comunes. Esta patología, que generalmente permanece oculta, va siendo traída a la conciencia de la población general, mediante una tarea gradual de divulgación a través de distintos medios de difusión pública. Sabemos que los síntomas característicos del TOC son las obsesiones y los rituales compulsivos. Estos síntomas también pueden ser encontrados en otras enfermedades, que presentan rasgos comunes con el TOC y han sido denominados “espectro de patologías relacionadas con el TOC” o “trastornos relacionados al TOC”. Estos trastornos se caracterizan por pensamientos obsesivos o preocupaciones referidos a:(8)

- A la imagen o apariencia corporal, como el Trastorno de dismorfia corporal (TDC)
- A las sensaciones corporales, como el trastorno de despersonalización (DEP)
- Al peso corporal (Anorexia nerviosa y Bulimia)
- A las disfunciones viscerales o a sufrir enfermedades corporales graves (hipocondriasis)

Pueden caracterizarse por autoagresiones, como en el arrancamiento de los pelos (tricotilomanía), consistir en compulsiones sexuales o relacionadas al juego patológico u otras; o pueden combinar obsesiones con comportamientos estereotipados y ritualísticos como los tics en el Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT). (8)

Estas formas sintomáticas comunes sugieren una superposición entre le TOC y los trastornos:

- Somatomorfos:
  - Dismorfia corporal (TDC) e Hipocondriasis (HIP)
- Disociativos:
  - Despersonalización (DEP)
- De la alimentación:
  - Anorexia nerviosa(AN) y Bulimia(BN)
- Del control de impulsos:

- Tricotilomanía (TRIC)
- Compulsiones sexuales
- Juego Patológico (JP)
- Cleptomanía
- Piromanía
- Comprador Compulsivo (CC)
- Neurológicos o de Tics:
  - Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT)
  - Parkinsonismo, epilepsia, Corea de Sydenham
- Esquizo-obsesivos
  - Delirantes como el Trastorno Delirante de Tipo Somático (TDTS) y la esquizofrenia con síntomas obsesivos.

Hollander (1993) evidencia este espectro anteriormente descrito. Estos síndromes relacionados con el TOC pueden compartir varias características que incluyen: su presentación o fenomenología clínica, la edad de comienzo, la evolución de la enfermedad, la historia familiar y la comorbilidad, la supuesta etiología con bases neurobiológicas, la transmisión genético-familiar y la respuesta a los tratamientos farmacológicos o comportamentales, así como algunos marcadores biológicos o neurológicos. En todos estos hay que efectuar una evaluación cuidadosa de posibles antecedentes referidos a enfermedades infecciosas anteriores, traumatismos craneanos y exposición a neurotoxinas, drogas psicotonicomiméticas o alucinógenas. Las técnicas de neuroimágenes como la TC, la RMN y la PET, proveerán y clarificarán en un futuro parte de las relaciones entre estos diferentes trastornos. (10)

Dentro del espectro de estos síndromes hay que diferenciar una dimensión que va desde los trastornos eminentemente compulsivos o no agresivos, con sujetos que tienden a evitar o tienen aversión por el riesgo, pasando por otros en los que hay componentes tanto compulsivos como impulsivos, hasta los impulsivos puros o buscadores de riesgos, con rasgos agresivos.(10)

Otra dimensión a estudiar en estos trastornos va de un eje de izquierda a derecha, de los trastornos con síntomas sobre todo cognitivos o mentales, a aquellos en los que predominan los síntomas motores. Vale decir desde los puramente obsesivos a los que

tienen síntomas más motores: partimos del TOC, pasando por la hipocondriasis, la DEP, el TDC, la tricotilomanía, el TOC infantil y el SGT. (10)

Otra dimensión a estudiar es aquella que va desde la incertidumbre o duda obsesiva, a la certeza o convicción delirante. Se puede ir en un eje de izquierda a derecha, desde los trastornos con incertidumbre o dudas prominentes, hasta los trastornos con certezas definidas o convicciones delirantes. Partiendo del TOC, pasando por el TDC con ideas sobrevaluadas, la esquizofrenia con obsesiones, el TOC con formas delirantes, llegando al TDC con formas delirantes de tipo somático (DTS), en el extremo derecho del espectro. (10)

### 2.1.6.2. Patrones sintomáticos

La presentación de las obsesiones y las compulsiones es heterogénea en los adultos, los niños y los adolescentes. Los síntomas de un paciente concreto pueden solaparse y cambiar con el tiempo. Aunque el TOC tiene cuatro patrones sintomáticos principales.

- **Contaminación;** El patrón más frecuente es la obsesión de contaminación, seguida por el lavado o acompañada por la evitación compulsiva de objetos presuntamente contaminados. El objeto temido suele ser difícil de evitar (p.ej., heces, orina, polvo, microorganismos. Aunque la ansiedad es la respuesta emocional más frecuente al objeto temido, la vergüenza y la repugnancia obsesivas son también frecuentes. Los pacientes con obsesiones de contaminación creen habitualmente que la contaminación se propaga entre los objetos o entre los individuos al menor contacto.(2)
- **Duda patológica;** El segundo patrón más frecuente es la obsesión de la duda, seguida por la compulsión de comprobación. La obsesión suele implicar cierto peligro de violencia (p.ej., olvidar apagar el horno o no cerrar una puerta). La comprobación puede implicar múltiples idas y venidas a la casa para, por ejemplo, comprobar el horno. Los pacientes tienen una duda obsesiva y siempre se sienten culpables por haber olvidado o haber hecho algo.(2)
- **Pensamientos intrusivos;** Es el tercer patrón más habitual, se observan pensamientos obsesivos intrusivos sin una compulsión. Dichas obsesiones son por lo general pensamientos repetitivos de un acto sexual o agresivo que es reprobable para el paciente. Los pacientes obsesionados con pensamientos de actos agresivos o sexuales pueden llegar a entregarse a la policía o confesarse con un sacerdote.(2)

- **Simetría;** El cuarto patrón en frecuencia es la necesidad de simetría o precisión, que puede inducir a la compulsión de lentitud. Los pacientes pueden tardar literalmente horas en comer o afeitarse.(2)
- **Otros patrones sintomáticos;** Las obsesiones religiosas y el acaparamiento compulsivo son frecuentes en los pacientes con TOC. La tricotilomanía (el hecho de arrancarse compulsivamente el cabello) y la onicofagia pueden ser compulsiones relacionadas con el TOC. La masturbación puede ser compulsiva.(2)

### **2.1.7. Comorbilidad**

Los individuos con TOC frecuentemente presentan otros trastornos mentales. La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor en individuos con TOC es aproximadamente del 67%, y la fobia social, de alrededor del 25%. Otros diagnósticos psiquiátricos comórbidos frecuentes en pacientes con TOC son los trastornos relacionados con el consumo de alcohol, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, el trastorno de angustia, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de la personalidad. La incidencia del Síndrome de Gilles de la Tourette en pacientes con TOC es del 5 al 7% y del 20% al 30% en los pacientes con TOC que tienen antecedentes de tics. (4)

### **2.1.8. Diagnóstico diferencial**

#### **2.1.8.1. Enfermedades médicas**

Varios trastornos orgánicos primarios pueden producir síndromes de semejanza notable con el TOC. La actual conceptualización del TOC como un trastorno de los ganglios basales deriva de la similitud fenomenológica entre el TOC idiopático y los trastornos similares al TOC asociados a las enfermedades de los ganglios basales, como las coreas de Sydenham y de Huntington. Deben evaluarse los signos neurológicos de la patología de la patología de los ganglios basales al considerar el diagnóstico de TOC en un paciente que acude para un tratamiento psiquiátrico. Asimismo, cabe observar que el TOC aparece frecuentemente antes de los 30 años y que un TOC de nuevo inicio en un individuo de mayor edad obligara a la evaluación de posibles contribuciones neurológicas al trastorno. (4)

#### **2.1.8.2. Síndrome de Gilles de la Tourette**

El TOC está estrechamente relacionado con el síndrome de Gilles de la Tourette, de manera que frecuentemente coexisten ambas enfermedades, tanto en un mismo

individuo a la vez como en el seno de una sola familia. Aproximadamente, el 90% de los individuos con Síndrome de Gilles de la Tourette tiene síntomas compulsivos y hasta dos tercios cumplen los criterios diagnósticos de TOC. En su forma clásica el Síndrome de Gilles de la Tourette se asocia con un patrón de tics vocales y motores recurrentes que solo guardan una ligera semejanza con el TOC. Sin embargo, los apremios premonitorios que preceden a los tics suelen asemejarse notablemente a las obsesiones, y muchos de los tics motores complicados son muy similares a las compulsiones. (4)

### **2.1.8.3. Otras enfermedades psiquiátricas**

La conducta obsesivo-compulsiva se observa en gran cantidad de trastornos psiquiátricos, de modo que los facultativos deben descartar estas enfermedades al diagnosticar un TOC. El TOC exhibe una similitud superficial, con el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, que se asocia a una preocupación obsesiva por los detalles, el perfeccionismo y otros rasgos de personalidad similares. Los trastornos se distinguen fácilmente porque sólo el TOC se asocia a un verdadero síndrome de obsesiones y compulsiones. (4)

Los síntomas psicóticos suelen conducir a pensamientos obsesivos y conductas compulsivas que pueden ser difíciles de distinguir del TOC con poca consciencia de enfermedad, en el que las obsesiones rayan las psicosis. Las claves para distinguir el TOC de la psicosis son: 1) los pacientes con TOC casi siempre pueden reconocer la naturaleza irracional de sus síntomas y 2) las enfermedades psicóticas se asocian típicamente con diversos rasgos que no son característicos del TOC. (4)

De manera similar el TOC puede ser difícil de diferenciar de la depresión, porque ambos trastornos coexisten frecuentemente y la depresión mayor se asocia por lo general a pensamientos obsesivos que, en ocasiones rayan las auténticas obsesiones como las que caracterizan al TOC. Ambas enfermedades se distinguen por su evolución. Los síntomas obsesivos asociados a la depresión solo se observan en presencia de un episodio depresivo, mientras que el TOC auténtico persiste a pesar de la remisión de la depresión. (4)

### **2.1.9. Tratamiento**

Con la creciente evidencia de que el TOC está principalmente determinado por trastornos biológicos, la teoría psicoanalítica clásica ha perdido predicamento. Además, dado que los síntomas del TOC parecen ser sumamente resistentes a la psicoterapia psicodinámica y al psicoanálisis, se ha popularizado los tratamientos farmacológicos y conductuales. Sin embargo, los factores psicodinámicos pueden tener una considerable utilidad para comprender lo que precipita las exacerbaciones del trastorno y para tratar varias formas de resistencia al tratamiento, como el incumplimiento de la toma de fármacos. (2)

Muchos pacientes con TOC se resisten tenazmente a los esfuerzos terapéuticos. Pueden rechazar tomar los fármacos recomendados y resistirse a las sesiones terapéuticas y otras actividades prescritas por el terapeuta conductual. Los propios síntomas obsesivo-compulsivos, independientemente de su base biológica, pueden tener importantes significados psicológicos que hace que los pacientes se resistan a abandonarlos. La exploración psicodinámica de la resistencia de un paciente al tratamiento puede mejorar el cumplimiento. (2)

Los estudios bien controlados han demostrado que el tratamiento farmacológico, la terapia conductual o una combinación de ambos son efectivos para reducir significativamente los síntomas de pacientes con TOC. La decisión entre las diversas modalidades se basa en el juicio y la experiencia del médico y la aceptación del paciente. (2)

#### **2.1.9.1. Tratamiento Farmacológico**

La eficacia del tratamiento farmacológico en el TOC se ha demostrado en muchos estudios clínicos y se ha potenciado a partir de la observación de que estos describen una tasa de respuesta al placebo de tan solo alrededor del 5%.

Los fármacos, algunos de los cuales se emplea en el tratamiento de los trastornos depresivos u otros trastornos mentales pueden administrarse en los intervalos posológicos habituales. Los efectos iniciales generalmente se observan tras 4 a 6 semanas de tratamiento, aunque habitualmente se requieren de 8 a 16 semanas para obtener el beneficio terapéutico máximo. El tratamiento con antidepresivos aun es discutible y parece que una proporción significativa de los pacientes con TOC que

responden al tratamiento con antidepresivos recae si se interrumpe el tratamiento farmacológico. (2)

La estrategia estándar consiste en iniciar el tratamiento con un ISRS o clomipramina y posteriormente pasar a otras estrategias farmacológicas si los serotoninérgicos no son específicos. Los serotoninérgicos han aumentado el porcentaje de pacientes con TOC que probablemente responderán al tratamiento hasta el 50% a 70%. (2)

#### **2.1.9.1.1. Inhibidores selectivos de la Recaptación de serotonina**

Todos los ISRS comercializados en Estados Unidos (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina y citalopram), han sido aprobados por la FDA para el tratamiento del TOC. Con frecuencia se han requerido dosis altas para un efecto beneficioso, como 80mg al día de fluoxetina. Aunque los ISRS pueden provocar alteraciones del sueño, náuseas y diarrea, cefalea, ansiedad y nerviosismo, estos efectos son a menudo transitorios y generalmente menos preocupantes que los asociados a los tricíclicos como la clomipramina. Los mejores resultados clínicos se obtienen con la combinación de un ISRS y la terapia conductual. (2)

#### **2.1.9.1.2. Clomipramina**

De todos los tricíclicos y tetracíclicos, la clomipramina es la más selectiva para la recaptación de serotonina frente a la recaptación de noradrenalina y solo la superan, en este aspecto, los ISRS. La potencia de la recaptación de la serotonina por la clomipramina solo la superan la sertralina y la paroxetina. La clomipramina fue el primer fármaco aprobado por la FDA para el tratamiento del TOC. Debe aumentarse la dosis tras 2-3 semanas para evitar los efectos adversos digestivos y la hipotensión ortostática y, como otros tricíclicos, causa una sedación y efectos anticolinérgicos significativos, incluida la sequedad de boca y el estreñimiento. Como sucede con los ISRS, los mejores resultados se obtienen con una combinación de fármaco y terapia conductual. (4)

#### **2.1.9.1.3. Otros Fármacos**

Si el tratamiento con clomipramina o un ISRS fracasan, muchos terapeutas potencian el primer fármaco con la adición de valproato, litio o carbamazepina. Otros fármacos para el tratamiento del TOC son la venlafaxina, el pindolol y los Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), especialmente la fenelzina. Otros fármacos para el

tratamiento de los pacientes que no responden consisten en la buspirona, la 5-hidroxitriptamina, el L-triptófano y el clonazepam. En algunos casos ha sido útil la adición de un antipsicótico atípico como el risperidol. (2)

### **2.1.9.2. Terapia Conductual**

Aunque se han efectuado pocas comparaciones directas, la terapia conductual es tan efectiva como el tratamiento farmacológico en el TOC y algunos datos indican que los efectos beneficiosos son más duraderos con la primera. Muchos clínicos, por tanto consideran la terapia conductual como el tratamiento de elección para el TOC; puede efectuarse tanto ambulatoria como intrahospitalariamente. (2)

Las principales estrategias conductuales en el TOC son la exposición y la prevención de la respuesta. La desensibilización, la detención de los pensamientos, la inundación, la terapia de implosión y el condicionamiento aversivo también se han aplicado en pacientes con TOC. (4)

### **2.1.9.3. Psicoterapia**

A falta de estudios de la psicoterapia orientada hacia la introspección para TOC, es difícil establecer cualquier generalización válida sobre su efectividad, aunque se dispone de descripciones anecdóticas sobre sus buenos resultados. Individualmente, los analistas han observado mejorías espectaculares en pacientes con TOC durante el curso del análisis o de la psicoterapia orientada a la introspección prolongada. (2)

La psicoterapia de apoyo tiene individualmente su importancia, especialmente en pacientes con TOC que, a pesar de los síntomas de intensidad variable, son capaces de trabajar y adaptarse socialmente. Con el contacto regular y continuado con un profesional interesado y alentador y su ayuda, los pacientes pueden ser funcionales, sin la cual los síntomas les incapacitarían. Ocasionalmente cuando los rituales obsesivos y la ansiedad alcanzan una intensidad intolerable, es necesario hospitalizar a los pacientes hasta que el abrigo de una institución y la retirada de los factores estresantes ambientales externos reduzcan los síntomas a un nivel tolerable. Los familiares del paciente frecuentemente llegan al límite de la desesperación por la conducta de este. Cualquier esfuerzo psicoterapéutico incluirá la atención a los familiares a través del apoyo emocional, la tranquilización, la explicación y el consejo sobre cómo tratar y responder al paciente. (2)

#### **2.1.9.4. Otras terapias**

La terapia familiar suele ser útil para el apoyo de la familia, lo que contribuye a reducir las desavenencias conyugales resultantes del trastorno y a construir una alianza terapéutica con los familiares por el bien del paciente. La terapia de grupo es útil como sistema de apoyo para algunos pacientes.

En los casos extremos resistentes al tratamiento y crónicamente debilitantes, puede considerarse la terapia electroconvulsiva (TEC) y la psicocirugía. Aunque la TEC no es tan efectiva como la psicocirugía, debe intentarse antes que esta. Un procedimiento psicoquirúrgico frecuente para el TOC es la cingulotomía, que tiene éxito en el tratamiento del 25% al 30% de aquellos pacientes que, de otro modo, son resistentes al tratamiento. (2)

Con este objetivo se han empleado también otros procedimientos quirúrgicos (p.ej., la tractotomía subcaudada, también conocida como capsulotomía). Las técnicas quirúrgicas no ablativas consistentes en la implantación de electrodos en varios núcleos de los ganglios basales (estimulación cerebral profunda) se encuentran en investigación para el tratamiento del TOC y del Síndrome de Gilles de la Tourette. Dichos procedimientos se practican cada vez más mediante técnicas estereotáxicas guiadas por RMN. La complicación más frecuente de la psicocirugía es la aparición de convulsiones, que casi siempre se controlan con el tratamiento de fenitoína. Algunos pacientes que no responden a la psicocirugía sola y tampoco lo hacen al tratamiento farmacológico o a la terapia conductual antes de la operación responden al tratamiento farmacológico o a la terapia conductual tras la psicocirugía. (2)

#### **2.1.10. Evolución y Pronóstico**

En más de la mitad de los pacientes con TOC, los síntomas aparecen súbitamente. Estos se inician aproximadamente en el 50% al 70% de los pacientes tras un acontecimiento estresante, como una gestación, un problema sexual o la muerte de un familiar. Puesto que muchos individuos se las arreglan para mantener sus síntomas mejoran significativamente, y en aproximadamente el 40% al 50%, la mejoría es moderada. En el 20% al 40% restante, los síntomas se mantienen o se agravan. (2)

Aproximadamente un tercio de los pacientes con TOC presentan un Trastorno depresivo mayor, y el suicidio es un riesgo para todos los pacientes con el trastorno. Un mal pronóstico se asocia a la cesión (en lugar de la resistencia) a las compulsiones, el inicio durante la infancia, compulsiones extravagantes, la necesidad de hospitalización, un trastorno depresivo mayor coexistente, creencias delirantes, la presencia de ideas sobrevaloradas (es decir, cierta aceptación de obsesiones y compulsiones) y de un trastorno de la personalidad (especialmente un trastorno esquizotípico de la personalidad). Un buen pronóstico se asocia a una buena adaptación social y laboral, la presencia de un acontecimiento precipitante y la naturaleza episódica de los síntomas. El contenido obsesivo no parece relacionarse con el pronóstico. (2)

### 3. Análisis de antecedentes investigativos

#### *A nivel local*

##### **3.1. Autor: Torres Vargas, Meryhelen Alisson**

**Título:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en Internos de Medicina y Médicos Residentes, Arequipa 2013

**Resumen:** El estudiante de medicina está sometido a numerosas fuentes de estrés que lo hacen más susceptible a numerosas fuentes de estrés que lo hacen más susceptible a sufrir una gran variedad de trastornos mentales. Todo ello ha sido tema de múltiples estudios. La MINI (M: Mini I: International N: Neuropsychiatric I: Interview) en forma escrito tiene 15 módulos que exploran los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV. El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de presentación de síntomas de Trastornos Psiquiátricos (orientación diagnóstica), en internos de medicina y médicos residentes de Arequipa en el año 2013, utilizando el MINI en base al CIE-10; así como también realizar un comparación entre ambos. Para ello se aplicó la MINI a 148 internos de medicina, y a 81 médicos residentes de los diferentes hospitales de Arequipa, durante los meses de enero y febrero del 2013. Encontrándose que la frecuencia de presentación de síntomas de trastornos mentales en internos de medicina (51.35%) fue similar a la de los médicos residentes (48.03%), siendo los síntomas más frecuente de: Un EDM, representando el 27.95% del total; seguido de un TAG con un 23.41%, siendo esta sintomatología mayor en los internos de medicina (29.73%), frente a los médicos residentes (11.11%). Síntomas de Trastorno obsesivo compulsivo en un 3.7%. En conclusión, las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud

mental en los internos de medicina y en los médicos residentes; por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral hospitalario de la población entre los 20 y 35 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar.(13)

#### *A nivel nacional*

### **3.2. Autor: Galli Silva Enrique, Feijóo Llontop Luis, Roig Rojas Ingrid y Romero Elmore Susana.**

**Título:** Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico.

**Resumen:** La MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. De la “Salpêtrère” de París y D. Scheehan y col. de la universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. Objetivo: El objetivo del presente trabajo (teniendo como base la CIE - 10) fue determinar la prevalencia de punto fijo de los trastornos mentales más frecuentes en alumnos de medicina de cuarto, quinto y sexto año. Material y métodos: Se aplicó el MINI a 250 estudiantes de medicina de 4°, 5° y 6° años. Resultados: Se encontró una prevalencia alta de trastornos mentales (45.60%) sobresaliendo la depresión (31.60%) y la ansiedad (22.40%) siendo estos valores mayores que en la población general. Conclusión: Las altas cifras encontradas sugieren un problema grave de salud mental en nuestra juventud por lo que se recomienda que en otros niveles universitarios, institutos y ambiente laboral de la población entre los 20 y 30 años sea estudiada para confirmar este informe preliminar. ( Rev Med Hered 2001; 13: 19-25).(14)

#### *A nivel internacional*

### **3.3. Autor: Ana M. Valencia-Molina, Ángela M. Pareja-Galvis, David Andrés Montoya Arenas**

**Título:** Trastornos Neuropsiquiátricos en Estudiantes Universitarios con bajo rendimiento académico de una Universidad Privada de Medellín

**Resumen:** El propósito de ésta investigación fue establecer la frecuencia de trastornos neuropsiquiátricos en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico de la Universidad San Buenaventura Medellín. Se calculó una muestra aleatoria de 39 sujetos con problemas académicos de diferentes carreras, lo cual correspondió al 13 % de la población, para detectar trastornos cuya frecuencia fuera superior al 2%, con un nivel de confianza del 95% y un poder del 80%. Se utilizó una entrevista estructurada Neuropsiquiátrica para adultos (MINI-Plus). Los trastornos que se presentaron con más frecuencia fueron depresión mayor con riesgo suicida (10.3 %) y riesgo suicidio (10.2 %). El 61.5% de la muestra no reunió criterios para diagnóstico de psicopatología.(15)

#### **3.4. Autor: Gerhard Heinze, Blanca Estela Vargas, José F. Cortés Sotres**

**Título:** Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM

**Resumen:** En estudios recientes se ha demostrado un incremento en la sintomatología psiquiátrica que presentan los estudiantes de medicina, así como los médicos durante su ejercicio profesional. En algunos estudios se señala que estos profesionistas tienen una prevalencia de síntomas psiquiátricos por arriba de los de la población general. Este fenómeno es una consecuencia de las condiciones propias de la actividad profesional y, en el caso de los alumnos, por situaciones que demandan una mayor exigencia académica, que conlleva a su vez situaciones estresantes que interfieren en su desempeño académico, así como en el desarrollo de habilidades clínicas que pueden repercutir en su relación con los pacientes. Los síntomas que predominan son la ansiedad, la depresión y el estrés, así como el consumo de sustancias; también se ha incrementado el número de estudiantes con intentos de suicidio. Se observa que la mayoría de estos problemas tipo se presentan en los dos primeros años de la carrera, así como en el año de internado. La depresión se encuentra enmascarada por enojo, en virtud de que ésta representa un enojo internalizado. Asimismo se ha documentado que existe una relación importante entre la presencia de ciertos rasgos de personalidad y la presencia o ausencia de síntomas mentales, independientemente de las situaciones a las que se expongan las personas. El rasgo que presenta una mayor asociación con la presencia de sintomatología es el neuroticismo, así como también los rasgos de personalidad que influyen con un mejor cumplimiento de logros académicos y una mejor adaptación. El objetivo de este trabajo fue establecer un diagnóstico de la salud

mental y los rasgos de personalidad de los estudiantes de medicina que se encuentran en los grupos de alto rendimiento y compararlo con los grupos de alumnos que presentan bajo rendimiento académico durante los dos primeros años de la carrera.

En este estudio exploratorio, de tipo transversal, participaron 370 estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM: 220 correspondían a los grupos de alto rendimiento, llamados núcleos de calidad educativa (NUCE), y 150 eran alumnos repetidores. De entre los resultados que arrojó el estudio, se encontró que para ambos grupos (repetidores y NUCE) más de 85% provenía del Distrito Federal. En el grupo de repetidores predominaron las mujeres (85.3%) y los alumnos procedentes de escuelas públicas (93.6%). En relación con el grupo de alto rendimiento (NUCE), 83.1% procedía de escuelas privadas y sólo 16.9% de escuelas públicas. Los alumnos repetidores mostraron rasgos de personalidad de neuroticismo y de poca apertura en comparación con los grupos de alto rendimiento, quienes mostraron rasgos de mayor apertura y menor neuroticismo, con una  $p < 0.01$ . En general, los alumnos de los grupos NUCE mostraron rasgos de mayor extroversión, mayor empatía y diligencia en comparación con los repetidores. La sintomatología psiquiátrica mostró mayor gravedad en el grupo repetidor con respecto al grupo NUCE ( $p < 0.05$ ). La sintomatología psiquiátrica que presentaron ambos grupos fue: obsesión-compulsión, depresión y ansiedad. Entre las comparaciones resultaron diferencias significativas en ambos grupos en el total de sintomatologías. También hubo diferencias en las siguientes sintomatologías por orden de importancia: fobia, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y psicoticismo ( $p < 0.05$ ).

Los resultados del estudio presentan coincidencias con lo publicado por la bibliografía; sin embargo, hay diferencias entre ambos grupos de estudiantes. En los alumnos repetidores se observó mayor sintomatología psiquiátrica en comparación con los alumnos de los grupos de alto rendimiento. Por lo anterior, se concluye que los alumnos que presentan menores niveles de logro en la carrera también presentan medias de respuestas mayores en sintomatología psiquiátrica, principalmente en las escalas de somatización, ansiedad, fobia y sensibilidad interpersonal. (16)

**3.5. Autor: Rosa Behar A., Mónica Barahona I., Bernardita Iglesias M., y Dunny Casanova Z.**

**Título:** Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia

**Resumen:** Antecedentes: Existe considerable evidencia sobre la comorbilidad entre trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo. Objetivo: Comparar la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo y sus prevalencia, en mujeres con y sin patologías alimentarias. Sujetos y Métodos: Se administró una entrevista clínica estructurada, el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40), el Inventario de Desórdenes Alimentarios (EDI), la Escala de Obsesividad-Compulsividad de Yale-Brown (Y-BOCS) a 54 pacientes que satisficieron los criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastornos de la conducta alimentaria y a 54 estudiantes sin problemas alimentarios. Resultados: Los puntajes de todos los indicadores, incluidas las escalas de comorbilidad, fueron más altos en las pacientes ( $p < 0,001$ ). La prevalencia síntomas obsesivo-compulsivos de grado moderado y/o superior fue significativamente

Mayor en las pacientes alimentarias (26% versus 1, 9%) ( $p < 0,001$ ), particularmente en las pacientes anorécticas (33,3%) ( $p = 0,009$ ). La escala Y-BOCS y la subescala Y-BCS emergen como los mejores indicadores para discriminar patologías alimentarias y se correlacionaron significativamente con los ítems motivación por la delgadez, consciencia interoceptiva, bulimia, insatisfacción corporal y sentimientos de ineficacia personal ( $p < 0,05$ ). Conclusiones: Se confirma la presencia y la prevalencia de trastorno obsesivo-compulsivo en los desórdenes alimentarios según la evidencia, principalmente en las pacientes portadoras de anorexia nerviosa que obtuvieron puntajes más altos en los niveles moderado y severo. (17)

**3.6. Autor: Amparo Belloch, Nuria Reina, Gemma García-Soriano y David A. Clark**

**Título:** Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (c-boci): Validación para su uso en población española

**Resumen:** El Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI) es un inventario auto-informado breve de reciente publicación (Clark y Beck, 2002), diseñado para proporcionar una herramienta válida, específica, y potente de cribado del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), que tenga en cuenta los síntomas, sus consecuencias, e incorpore supuestos de los modelos cognitivos sobre el trastorno. Nuestro objetivo ha

sido examinar la utilidad del C-BOCI en población española. El cuestionario fue completado junto con otros instrumentos de TOC, depresión, y ansiedad por 506 adultos sin patología mental y 44 pacientes con diagnóstico principal de TOC. Todos los valores  $\alpha$  fueron  $\geq 0,80$ , excepto para la subescala de obsesiones (muestra clínica). La validez concurrente y la discriminante fueron adecuadas, en especial para la puntuación total (PT) y la subescala de compulsiones. Para la validez criterial se calcularon los valores predictivos positivo y negativo (VPP y VPN) de varios puntos de corte de la PT. Puntuaciones totales  $\geq 30$  (VPP = 100%; VPN = 99,02%) señalan un diagnóstico clínico de TOC. (19)

**3.7. Autor: Álvaro Andrés Navarro-Mancilla, Germán Eduardo Rueda-Jaimes, Paul Anthony Camacho López, Jorge Augusto Franco López, Mauricio Escobar Sánchez, Luis Alfonso Díaz-Martínez.**

**Título:** Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio.

**Resumen:** **Objetivos:** Estimar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes escolarizados y determinar los factores sociodemográficos asociados. **Método:** Se desarrolló un estudio transversal con una muestra de 501 niños y niñas de 10 a 17 años de colegios de Bucaramanga. Se tomaron los datos sociodemográficos y se les realizó la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV, versión clínica. Se examinaron los factores sociodemográficos con un análisis bivariado. Se realizó análisis estratificado y una regresión logística no condicional, tomando el trabajo por dinero como una variable explicatoria de riesgo para el desarrollo de TOC. **Resultados:** La prevalencia del TOC fue de 7,4% (IC 95%: 5,3-10,0). Los estudiantes con TOC presentan una prevalencia de trabajo por dinero mayor que en los que no tienen (OR: 2,23; IC 95%: 1,0-4,4). Al controlar variables confusoras, las niñas que trabajaban por dinero mostraron un mayor riesgo en la presencia de TOC (OR: 5,4; IC 95%: 1,7-17,4). **Conclusión:** El estudio sugiere que la prevalencia del TOC en niños escolarizados de Bucaramanga es alta. La doble condición de trabajar y estudiar en las niñas podría ser un factor de riesgo asociado con TOC. (20)

**3.8. Autor: S. Bejerot, L. von Knorring y L. Ekselius**

**Título:** Rasgos de personalidad y tabaquismo en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo

**Resumen:** En comparación con otras poblaciones psiquiátricas, los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) fuman menos que la población general. El presente estudio pretende investigar con más detenimiento la relación entre el tabaquismo y los rasgos de la personalidad en los sujetos con TOC. Se entrevistó a 64 sujetos con TOC con respecto a su tabaquismo. Los rasgos de personalidad se evaluaron utilizando las Escalas Karolinska de Personalidad, y se obtuvieron rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos específicos mediante cuestionarios de autoinforme. Los sujetos no fumadores con TOC se fatigaban más fácilmente, tenían más tendencia a preocuparse, más remordimientos y menos seguridad en sí mismos, eran menos impulsivos y se inquietaban con más frecuencia que los fumadores con TOC cuando les instaban a que se dieran prisa. Además, los no fumadores cumplían significativamente más criterios del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad en comparación con los fumadores ( $P < 0,001$ ). Proponemos un subtipo clínico de TOC relacionado con la ausencia de tabaquismo, la psicastenia, la ansiedad y rasgos pronunciados de trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.(21)

**3.9. Autor: Neziroglu, Fugen A; Yaryura Tobías, José A; Lemli, James M; Yaryura, Ricardo A.**

**Título:** Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo

**Resumen:** Este estudio está en un amplio grupo (N=157) aquejado de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sin comorbilidad. Se comparó esta muestra con la población general del Estado de Nueva York, como grupo comparativo, según las siguientes variables: proporción de sexos, edad al comienzo de la enfermedad, edad en la que se manifestaron los síntomas, estado civil, ocupación, traumas en el nacimiento, abuso de sustancias, religión, tratamiento psiquiátrico anterior e historia de los padres. Se descubrió, para el sexo, una proporción de 1:1, con una importante diferencia, sin embargo, para la variable de edad al comienzo de la enfermedad (mujeres = 20,8 años; hombres = 16,3 años), y para la edad en la que se manifestaron los síntomas (mujeres = 26,4 años; hombres = 20,3 años. Otros hallazgos significativos incluyen: son más los pacientes varones solteros, son menos las pacientes viudas, son más los empleados administrativos y los abstemios, son menos los drogadictos y los consumidores de

alcohol si se establece la comparación con la población en general. Asimismo, se encontró una cantidad significativamente mayor de pacientes ateos y agnósticos. Por primera vez, los hallazgos pueden evaluarse en contraposición con un grupos comparativo (AU). (22)

#### **4. Objetivos**

##### **4.1. General**

Determinar la frecuencia, y las características Sociodemográficas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.

##### **4.2. Específicos**

- 1) Describir las características sociodemográficas de los Internos de Medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.
- 2) Identificar la frecuencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en internos de medicina de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.
- 3) Establecer el perfil sociodemográfico de los internos de medicina con Trastorno Obsesivo-Compulsivo de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.

#### **5. Hipótesis**

Dado que la frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo según descrita en la literatura revisada fluctúa entre el 2% al 3% en la población general y existen características sociodemográficas comunes a este trastorno, es probable que la frecuencia de Trastorno Obsesivo-Compulsivo y sus características sociodemográficas sean similares en los Internos de Medicina con Trastorno Obsesivo-Compulsivo de cuatro hospitales públicos, Lima 2015.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica del cuestionario.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y el Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI) (Anexo 2).

#### 2. Campo de verificación

##### 2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizara en cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima: el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores; el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ubicado en el Cercado de Lima; el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en el Cercado de Lima y el Hospital Nacional Hipólito Unanue ubicado en el distrito de El Agustino, todos estos hospitales pertenecen a la provincia de Lima, departamento de Lima.

##### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizará en el periodo comprendido de Diciembre del 2014 a Enero del 2015.

##### 2.3. Unidades de estudio

Se estudiara a los internos de medicina que realizan su internado médico en cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima mencionados anteriormente.

##### 2.4. Población

Todos los internos de medicina incluidos en el periodo de estudio.

##### 2.5. Muestra

Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

$n$  = tamaño de la muestra

$Z\alpha$  = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

$p$  = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

$q = 1 - p$

$E$  = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto:  $n = 319,92 \approx 320$  casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

- ♦ **Criterios de Inclusión**
  - Estar cursando el internado médico en cualquiera de los cuatro hospitales donde se realizará el estudio
  - Participación voluntaria en el estudio
- ♦ **Exclusión**
  - Negativa a llenar ficha de encuesta.

**3. Estrategia de Recolección de datos**

**3.1. Organización**

Se solicitará autorización a la Dirección de los cuatro hospitales públicos de la ciudad de Lima mencionados anteriormente, se informará también a los internos de medicina de cada sede hospitalaria antes de proceder a realizar la aplicación de la ficha de recolección de datos y el instrumento.

**3.2. Recursos**

- a) Humanos
  - Investigador, asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

- c) Financieros
  - Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

#### 3.3.1. Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI)

El Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory (C-BOCI) es un inventario auto-informado breve (25 ítems) de reciente publicación (Clark y Beck, 2002; Clark, Beck, Antony y Swinson, 2005), diseñado para proporcionar una herramienta válida, específica, y potente de cribado del TOC, que permita además realizar un diagnóstico fiable del trastorno siguiendo los criterios diagnósticos actuales e incorporando los planteamientos de la investigación cognitivo conductual sobre esta psicopatología. Su formato sigue la estructura de otros dos test ampliamente utilizados en la evaluación clínica de las psicopatologías ansioso-depresivas: el Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer, y Brown, 1996) y el Inventario para la Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1993). Al igual que estos cuestionarios, cada ítem del C-BOCI tiene 4 opciones de respuesta redactadas como una afirmación referida a uno mismo y el respondiente debe elegir la afirmación de cada grupo que encuentra más aplicable a su caso. Se compone de dos subescalas: los ítems del 1 al 14 evalúan parámetros y contenidos de las obsesiones y los 11 ítems restantes (del 15 al 25) valoran las características de las compulsiones. Los 14 ítems de la subescala de obsesiones evalúan la frecuencia con la que se experimentan obsesiones de suciedad-contaminación, agresión-daño y obsesiones de tipo religioso-moral-sexual, así como incontrolabilidad, saliencia, responsabilidad excesiva, interferencia diaria, insight y evitación cognitiva.(19)

Los 11 ítems de la subescala de compulsiones evalúan frecuencia de compulsiones de lavado, comprobación, repetición, y precisión-simetría, así como neutralización encubierta, lentitud, malestar por no llevar a cabo la compulsión, interferencia diaria, evitación, incontrolabilidad de la compulsión e interferencia-malestar (19).

En síntesis, el cuestionario no se limita a valorar la presencia de contenidos obsesivos, si no que incorpora también otros aspectos cruciales para la evaluación del trastorno (interferencia, conciencia de enfermedad, e intentos de control y/o de neutralización). Integra asimismo ítems para valorar algunas de las creencias y valoraciones disfuncionales que se encuentran, según los planteamientos cognitivo-conductuales, en

la base del trastorno o de su mantenimiento (responsabilidad excesiva, perfeccionismo, importancia de los pensamientos y de su control). A diferencia de otros instrumentos, el C-BOCI incluye una serie de instrucciones y explicaciones detalladas sobre el contenido del cuestionario, previas a la cumplimentación del mismo, redactadas de manera sencilla, de forma que puedan ser fácilmente comprendidas por cualquier persona con un nivel de estudios primario y una capacidad intelectual normal, lo que facilita su aplicación a población general. Así, se explican brevemente en qué consisten las obsesiones y las compulsiones, y sus diferencias generales con otras experiencias como el miedo. (19)

### **3.3.1.1. Propiedades Psicométricas**

Las propiedades psicométricas del C-BOCI en el contexto norteamericano son excelentes:

Se informa de valores  $\alpha$  de Cronbach de 0,90, 0,87 y 0,93 (subescalas de obsesiones, compulsiones, y puntuación total, respectivamente) en pacientes con TOC. Por lo que se refiere a la estructura interna del cuestionario, los datos avalan la bi-factorialidad (rotación Promax), con una elevada asociación entre los dos factores obtenidos. Los análisis factoriales confirmatorios (Clark et al., 2005) apoyan de nuevo la bi-factorialidad en una muestra de población general. Finalmente, los datos que se aportan sobre validez convergente y discriminante indican que se trata de un instrumento sensible para el diagnóstico del TOC, si bien su especificidad es cuestionable (altas correlaciones con medidas de depresión, y número elevado de falsos positivos entre los pacientes deprimidos). (19)

En el trabajo de Belloch A., et al del 2009 realizado en España: Inventario Clark-Beck de Obsesión-Compulsión (C-BOCI): Validación para su uso en población española se indica que no existen datos sobre la utilidad de este nuevo instrumento en otras poblaciones como instrumento de cribado. El objetivo fundamental de este trabajo es examinar este último aspecto en nuestro contexto. Para ello, previamente se examinarán las propiedades psicométricas básicas (datos normativos, validez convergente y discriminante), y a continuación se calcularán los puntos de corte más adecuados para establecer el valor predictivo del C-BOCI como instrumento de cribado del TOC en la población general española. (19)

### **3.3.1.2. Validez interna, externa, fiabilidad y punto de corte**

La aproximación a la validez criterial que se realizó en el estudio antes mencionado indica que este instrumento puede resultar excelente para su uso en estudios de cribado de sintomatología TOC en población general. Un punto de corte de 17 en la puntuación total del cuestionario, que además se corresponde con el percentil 75 en la población general, permite detectar con razonable seguridad personas con síntomas obsesivo compulsivos aislados, o bien la presencia de un TOC subclínico o de gravedad leve. Por su parte, un valor de 26 es indicativo de la presencia clínicamente significativa del trastorno, con un margen de error pequeño. Este punto de corte es superior al de 19 que sugieren los autores originales del instrumento (Clark y Beck, 2002), si bien en ese estudio no se realizaron los análisis de sensibilidad y especificidad llevados a cabo en este trabajo. Por último, puntuaciones totales iguales o superiores a 30 indican de manera clara la presencia de un TOC, si bien queda por determinar la correspondencia de esta puntuación con la gravedad real del trastorno. (19)

## **3.4. Criterios para manejo de resultados**

### **3.4.1. Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 y el Anexo 2 serán codificados y tabulados para su posterior interpretación.

### **3.4.2. Plan de Clasificación:**

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

### **3.4.3. Plan de Codificación:**

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

### **3.4.4. Manejo estadístico:**

Para el manejo de resultados se utilizara estadística descriptiva, con medidas de tendencia central: media, mediana. Para realizar la asociación de características sociodemográficas y el diagnostico de TOC se utilizara coeficiente de correlación de Pearson, y la significancia estadística utilizando el coeficiente p.

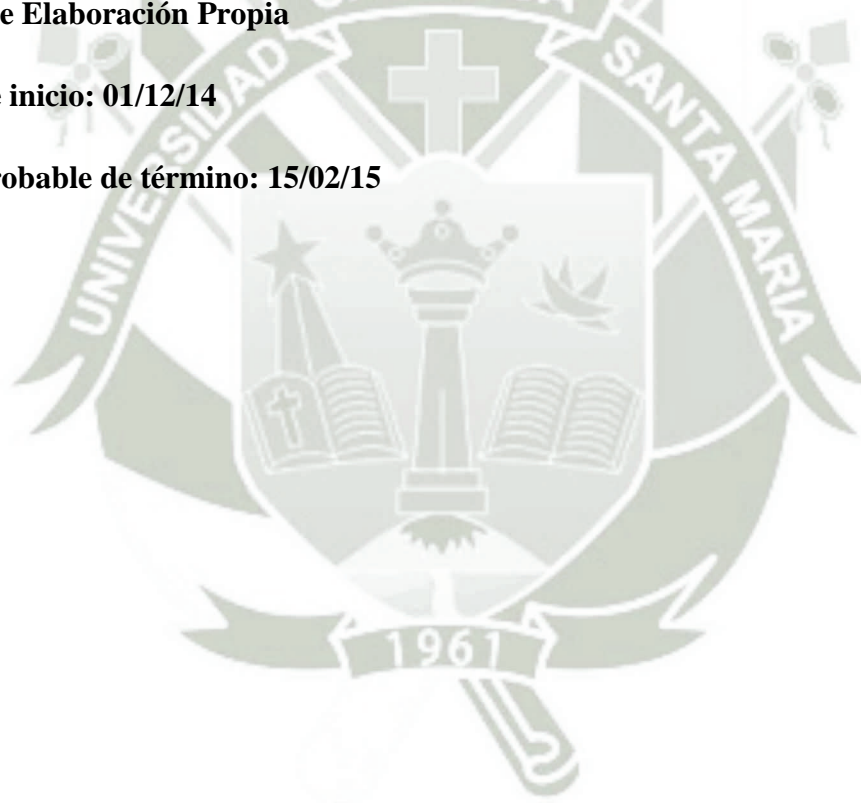
**IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO**  
**CUADRO 2**

Actividades	Diciembre 14				Enero 15				Febrero 15			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto				■	■							
4. Ejecución						■	■					
5. Análisis e interpretación								■	■			
6. Informe final										■		

**Fuente Elaboración Propia**

**Fecha de inicio: 01/12/14**

**Fecha probable de término: 15/02/15**



## V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1.-Lemperiere T. Consideraciones históricas sobre los trastornos obsesivos y fóbicos. Estados obsesivos, fóbicos y crisis de angustia. Madrid: Aran; 1990. P.9-13
- 2.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.16 p.604-618
- 3.- Berrios GE., Historia de los trastornos obsesivos. En Vallejo J., Berrios J., editores. Estados obsesivos. 2da ed. Barcelona: Mason; 1995
- 4.- Alarcón, RD.; Psiquiatría, 2da ed. Washington, D.C.: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap. 14 p.480-87
- 5.-Murray,CJL. Lopez AD., The global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 1996
6. - Kohn R.; et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005
- 7.-Davison, G., Neale, J. Psicología de la Conducta Anormal, 2da ed. Editorial Limusa, 2000. Cap 5 p.191-195.
- 8.-Cía, A. Trastorno obsesivo-compulsivo y síndromes relacionados.1ra ed. Buenos Aires: El Ateneo,1995. Cap 3.p 71-76.Cap 8. 186-89
- 9.- Cohen, BJ. Psiquiatría: Teoría y Práctica. 1ed. McGraw-Hill-Interamericana 2006, España. Cap. 8 p.326-330
- 10.- Hollander, E. Obsessive-Compulsive related disorders. Editado por E. Hollander. American Psychiatric Press.N.W. Washington, DC.1993.
- 11.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 12.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE.Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.Cap.21 p.267-273
- 13.-Torres MA., Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional como orientación diagnóstica psiquiátrica en Internos de Medicina y Médicos Residentes, Arequipa 2013.

Tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, Arequipa-Perú, 2013.

14.- Galli, E., et al. Aplicación del “MINI” como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Informe preliminar epidemiológico. Rev Med Hered 2001; 13: 19-25.

15.- Valencia-Molina A., Pareja-Galvis, A., Montoya, D. Trastornos Neuropsiquiátricos en Estudiantes Universitarios con bajo rendimiento académico de una Universidad Privada de Medellín. Revista CES de Psicología, Vol 7, No 1 (2014)

16.- Heinze., et al. Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. Salud Mental 2008; 31:343-350.

17- Behar R., et al. Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno obsesivo-compulsivo: Un estudio de prevalencia. Rev chil neuro-psiquiat 2008; 46 (1): 25-34.

18.-García-Soriano G., Pensamientos Intrusos Obsesivos y Obsesiones clínicas: Contenidos y significado personal. Tesis Doctoral: Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España Universitat de València Servei de Publicacions 2008

19.- Belloch A., Reina N, García-Soriano G., Clark D., Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI): Validación para su uso en población española. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 14, N. ° 2, pp. 95-105, 2009.

20.-Navarro-Mancilla A., Rueda-Jaimes G., Camacho P., Franco J., Escobar M., Díaz-Martínez L. Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 40 / No. 2 / 2011.

21.- Bejerot S. et al. Rasgos de personalidad y tabaquismo en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo. Eur Psychiatry Ed. Esp. (2001); 8: 11-18

22.- Neziroglu, Fugen A; Yaryura Tobías, José A; Lemli, James M; Yaryura, Ricardo A. Estudio demográfico del trastorno obsesivo-compulsivo. Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat;40 (3):217-23, set. 1994. tab

## VI. ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

Le presentamos una serie de datos, respecto a usted marque la información:

HOSPITAL: María Auxiliadora ( ) Dos de Mayo ( )	Hipólito Unanue ( ) Arzobispo Loayza ( )
EDAD: Menos de 22 años ( ) 26 a 28 años ( )	22 a 24 años ( ) Mas de 28 años ( )
SEXO: Masculino ( ) Femenino ( )	
ESTADO CIVIL: Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )	
PROCEDENCIA: Lima ( ) Otros ( )	
USTED VIVE CON: Sus padres ( ) Otros familiares ( )	
Solo padre o madre ( ) Tíos ( ) Solo ( )	
ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE: Sus padres ( ) Solo padre o madre ( ) Tíos ( ) Otros familiares ( ) Solo ( )	
ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME TABACO: SI ( ) NO ( )	
ALGUNA VEZ CONSUMIO O CONSUME ALCOHOL: SI ( ) NO ( )	
LA UNIVERSIDAD DONDE TERMINO SUS ESTUDIOS ES: Nacional ( ) Particular ( )	
SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS LOS REALIZO DE MANERA: Regular ( ) Irregular ( )	
COMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO UNIVERSITARIO: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Muy malo ( )	
SU PLAZA DE INTERNADO ES: Remunerada ( ) No Remunerada ( )	
ROTACION EN LA QUE SE ENCUENTRA: Medicina ( ) Cirugía ( ) Gineco-Obstetricia ( ) Pediatría ( )	
COMO CONSIDERA SU DESEMPEÑO EN EL INTERNADO: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( ) Muy malo ( )	
COMO CONSIDERA EL GRADO DE EXIGENCIA EN EL INTERNADO: Muy alto ( ) Alto ( ) Medio ( ) Bajo ( ) Muy bajo ( )	
COMO CONSIDERA LAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS DE INTERNADO: Muy buena ( ) Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) Muy mala ( )	

**Anexo 2: INVENTARIO CLARK-BECK DE OBSESIÓN-COMPULSIÓN (C-BOCI)****INSTRUCCIONES**

Este cuestionario consiste en 25 grupos de afirmaciones. Por favor, léelos con atención y, a

Continuación, señala la afirmación de cada grupo que mejor describe tus pensamientos, tus sentimientos, o tus conductas durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marca con una “X” el cuadro que corresponde a la afirmación (cuadro sombreado) que has elegido.

Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que se ajusta a tu caso, señala la que tiene el número más alto. Si eres incapaz de decidir, simplemente escoge la que crees que se ajusta mejor a ti.

No hay respuestas correctas o incorrectas, solo se trata de conocer tu opinión acerca de la Afirmación que mejor te describe.

Intenta responder con rapidez y no emplear demasiado tiempo pensando en el significado exacto de cada frase. La respuesta más adecuada será la que refleje tu primera impresión sobre la afirmación que mejor te describe durante las dos últimas semanas.

**SUBESCALA DE INTRUSIONES OBSESIVAS**

Definición: Los siguientes grupos de afirmaciones se refieren a un tipo especial de pensamientos, ideas, imágenes o impulsos, denominados “intrusiones obsesivas”. Prácticamente todo el mundo tiene este tipo de pensamientos en mayor o menor grado. Las intrusiones obsesivas son:

- Pensamientos, imágenes, o impulsos no deseados, desagradables, molestos, y que incluso Provocan repugnancia.
- Que se cuelan en tu mente aunque no quieras
- Que pueden ser poco apropiadas o poco indicativas del tipo de persona que eres en realidad; es decir, estas intrusiones mentales no son el tipo de pensamientos que esperarías tener
- En muchas ocasiones son difíciles de controlar, aunque te parezcan ilógicas o sin sentido

Algunos ejemplos de intrusiones obsesivas:

- pensamientos, imágenes o impulsos de hacer daño a alguien
- o de haber cometido errores,
- o de suciedad o contaminación,
- o de no ser exacto o preciso,
- o de actuar de forma inmoral,
- o de involucrarse en prácticas sexuales inaceptables,
- o de perder el control y hacer algo que resulte embarazoso,
- o de haber olvidado cerrar las puertas o apagar los electrodomésticos.

	Marca "X"	
<b>1</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos sobre suciedad o contaminación
		OCASIONALMENTE( menos de una vez por semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
		FRECUENTEMENTE( varias veces a la semana) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
		Con MUCHA FRECUENCIA( a diario) tengo intrusiones obsesivas de suciedad o contaminación
<b>2</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros
		OCASIONALMENTE( menos de una vez por semana) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros
		FRECUENTEMENTE( varias veces a la semana) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros
		Con MUCHA FRECUENCIA( a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos de causar daño o lesiones a mí mismo o a otros
<b>3</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos( por ejemplo blasfemos)
		OCASIONALMENTE( menos de una vez por semana) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos( por ejemplo blasfemos)
		FRECUENTEMENTE( varias veces a la semana) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos( por ejemplo blasfemos)
		Con MUCHA FRECUENCIA( a diario) tengo pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos desagradables sobre temas sexuales o religiosos( por ejemplo blasfemos)
<b>4</b>		Si por casualidad tengo un pensamiento, imagen o impulso obsesivo intruso, No me siento mal ni culpable por tenerlo
		Me siento UN POCO mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva
		Me siento BASTANTE mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva
		Me siento MUY mal o culpable cuando tengo alguna intrusión obsesiva
<b>5</b>		Normalmente CONSIGO QUITARME de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		MUCHAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		La MAYOR PARTE DE LAS VECES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		EN MUY POCAS OCASIONES me resulta difícil quitarme de la mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
<b>6</b>		Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, me resulta FACIL pensar en otras cosas
		Si tengo un pensamiento, imagen o impulso intruso obsesivo, me resulta NO ME RESULTA MUY DIFICIL pensar en cualquier otra cosa
		Me resulta UN POCO DIFICIL pensar en cualquier otra cosa cuando tengo una intrusión obsesiva
		Cuando tengo una intrusión obsesiva ME RESULTA MUY DIFICIL pensar en otras cosas
<b>7</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
		OCASIONALMENTE (menos de una vez por semana) me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
		FRECUENTEMENTE (varias veces por semana) me asaltan pensamientos de ser el responsable de haber causado, o de no haber evitado, daños o desgracias a otras personas.
	Marca "X"	
<b>8</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo

		ALGUNAS VECES tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo
		A MENUDO tengo dudas sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo
		Dudo CASI CONSTANTEMENTE sobre si he terminado o hecho bien mis tareas cotidianas en casa o en el trabajo
<b>9</b>		Me costaría MUY POCO esfuerzo y concentración intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		Tendría que esforzarme y concentrarme ALGO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		Me tendría que esforzar y concentrar MUCHO para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		Tendría que poner TODO mi esfuerzo y concentración para intentar eliminar de mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
<b>10</b>		NUNCA O MUY RARA VEZ me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago
		OCASIONALMENTE me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago
		FRECUENTEMENTE me preocupo por si cometo errores en lo que digo o hago
		Estoy preocupado por si cometo errores en PRACTICAMENTE TODO lo que digo o hago
<b>11</b>		NO ME RESULTA difícil tomar decisiones sobre mis actividades cotidianas en casa o en el trabajo
		A VECES me siento indeciso sobre alguna tarea cotidiana concreta
		A MENUDO me resulta difícil tomar decisiones sobre una o varias tareas cotidianas sencillas
		LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO me resulta difícil tomar decisiones cuando intento hacer mis tareas cotidianas
<b>12</b>		Los pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos NO INTERFIEREN con mi capacidad para trabajar o relacionarme
		Las intrusiones obsesivas INTERFIEREN ALGO en mi trabajo o actividades sociales
		A pesar de que la intrusiones obsesivas INTERFIEREN MUCHO en mi trabajo o funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo
		Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFÍCIL trabajar o relacionarme con otros como consecuencia de mis intrusiones obsesivas.
<b>13</b>		Estoy convencido que cualquier intrusión obsesiva que pueda tener será un pensamiento, imagen o impulso INOFENSIVO
		ALGUNA VEZ me he preguntado si mis intrusiones obsesivas podrán hacerse realidad y causar algo malo
		Me PREOCUPA BASTANTE que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo
		Me PREOCUPA MUCHO que mis intrusiones obsesivas se puedan hacer realidad y causar algo malo
<b>14</b>		NO INTENTO impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		ALGUNA VEZ he intentado impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		Me ESFUERZO para impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos
		Me ESFUERZO MUCHO para impedir que entren en mi mente pensamientos, imágenes o impulsos intrusos obsesivos

### SUBESCALA DE COMPULSIONES

**Definición:** Los siguientes grupos de afirmaciones hacen referencia a pensamientos o comportamientos que se llaman “compulsiones”. Las compulsiones son:

- Pensamientos o conductas que uno siente la necesidad de hacer una y otra vez
- Estos pensamientos o conductas pueden ser bastante excesivos o carecer de sentido
- Mucha gente ha tenido alguna vez pensamientos o conductas compulsivas

Algunos ejemplos de compulsiones son:

- Lavarse las manos una y otra vez hasta que se siente que están “perfectas”
- Comprobar la calefacción varias veces hasta que uno se siente seguro al irse de casa
- Repetir palabras o frases una y otra vez hasta sentir que se han conseguido recordar correctamente
- Empeñarse en guardar de forma excesiva cosas que no se necesitan (por ejemplo, facturas de teléfono viejas, periódicos, etc.), porque le parece que no estaría bien tirarlas
- Contar hasta un determinado número varias veces hasta que se sienta que está bien
- Toquetear objetos un determinado número de veces, etc.

	Marca “X”	
15		NUNCA O EN RARAS OCASIONES, siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque este preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
		OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez por semana), siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque este preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
		FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque este preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
		CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) siento la necesidad de lavarme o limpiar mi ropa o mi casa porque este preocupado por la suciedad, la contaminación, o por cualquier otro motivo.
16		NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas que haya hecho (por ejemplo, cerrar las puertas, apagar las luces, los grifos, o los electrodomésticos; impresos ya rellenados; examinar las cartas antes de enviarlas).
		OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las hecho bien.
		FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana), siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las hecho bien.
		CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días), siento la necesidad de comprobar y volver a comprobar tareas cotidianas, para asegurarme que las hecho bien.
17		NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de releer, reescribir o repetir lo que acabo de decir, porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
		OCASIONALMENTE (es decir, menos de una vez a la semana), releo, reescribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
		FRECUENTEMENTE (varias veces a la semana), releo, reescribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
		CON MUCHA FRECUENCIA (todos los días) releo, reescribo o repito lo que he dicho porque no estoy seguro de haberlo dicho o hecho correctamente
	Marca	

	“X”	
18		NUNCA O MUY RARAS VECES sigo rutinas rígidas en mis tareas diarias (por ejemplo, vestirme o lavarme siguiendo un orden concreto), o procuro tener las cosas puestas en un orden concreto (por ejemplo, tener las cosas en casa o en la oficina en su lugar exacto).
		OCASIONALMENTE(es decir, menos de una vez a la semana), sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto
		FRECUENTEMENTE(varias veces a la semana), sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto
		CON MUCHA FRECUENCIA(todos los días), sigo rutinas rígidas al realizar las tareas cotidianas o procuro tener las cosas en un orden concreto
19		NUNCA O MUY RARAS VECES siento la necesidad de contar, decirme a mí mismo ciertas frases, memorizar cosas sin importancia, o ponerme a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
		OCASIONALMENTE(es decir, menos de una vez a la semana), cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
		FRECUENTEMENTE(varias veces a la semana), , cuento, o me digo a mí mismo ciertas frases, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
		CON MUCHA FRECUENCIA(todos los días) cuento, o me digo a mí mismo frases concretas, memorizo cosas sin importancia, o me pongo a repetir algo mentalmente para impedir la posibilidad de sentirme mal o de que suceda algo malo
20		NUNCA O MUY RARAS VECES me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada, que me cuesta mucho tiempo acabar mis tareas cotidianas(por ejemplo vestirme, salir de casa o de la oficina, comer, acabar con las tareas del trabajo o del colegio)
		OCASIONALMENTE(es decir, menos de una vez a la semana), me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
		FRECUENTEMENTE(varias veces a la semana) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
		CON MUCHA FECUENCIA(todos los días) me entretengo en hacer las cosas de una forma tan detallada que tardo mucho más tiempo del que necesitaría para acabar mis tareas cotidianas
21		Aunque tuviera la necesidad de involucrarme en una compulsión conductual o mental, NO me sentiría angustiado si me impidieran llevarla a cabo
		Me sentiría ALGO ANGUSTIADO si me impidieran llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
		Me siento MOLESTO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
		Me siento MUY ANGUSTIADO si me impiden llevar a cabo mis compulsiones conductuales o mentales
22		Las compulsiones conductuales o mentales NO interfieren con mi capacidad para trabajar o relacionarme
		Las compulsiones conductuales o mentales interfieren ALGO con mi capacidad para trabajar o relacionarme
		A pesar de que las compulsiones conductuales o mentales interfieren MUCHO en mi trabajo o mi funcionamiento social, consigo manejarlas si me esfuerzo
		Aunque me esfuerce, me resulta MUY DIFICIL trabajar o relacionarme con otros por culpa de mis compulsiones conductuales o mentales
	Marca “X”	
23		NO EVITO lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que me desencadenen obsesiones o compulsiones

		OCASIONALMENTE(es decir, menos de una vez a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que me desencadenen obsesiones o compulsiones
		FRECUENTEMENTE(varias veces a la semana) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que me desencadenen obsesiones o compulsiones
		CON MUCHA FRECUENCIA(todos los días) evito lugares, personas, actividades u objetos determinados por miedo a que me desencadenen obsesiones o compulsiones
24		Aunque sienta la necesidad de realizar una compulsión mental o conductual, puedo decidir <b>NO LLEVARLA A CABO</b>
		Cuando siento la necesidad de realizar alguna compulsión mental o conductual, puedo controlarla de forma voluntaria, aunque con <b>GRAN DIFICULTAD</b>
		Tengo <b>POCO CONTROL VOLUNTARIO</b> sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas
		Tengo <b>MUY POCO CONTROL VOLUNTARIO</b> sobre mis compulsiones conductuales o mentales cuando siento la necesidad de realizarlas
25		Aunque me pusiera a realizar compulsiones conductuales o mentales, <b>NO</b> me sentiría ansioso o angustiado
		Me siento <b>ALGO</b> ansioso o angustiado cuando me pongo a realizar compulsiones conductuales o mentales
		Me siento <b>ANSIOSO</b> o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales
		Me siento <b>MUY ANSIOSO</b> o angustiado cuando me involucro en compulsiones conductuales o mentales

