UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, periodo 2022.

Trabajo de Integración Curricular previo la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica.**

AUTOR:

Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda

TUTORA:

Bqf. Gabriela Alexandra Merino Peralta Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2022

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 13 de septiembre de 2022

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, periodo 2022** de la autoría de **Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.

.....

BqF. Gabriela Merino Peralta. Mg.Sc.

DIRECTORA

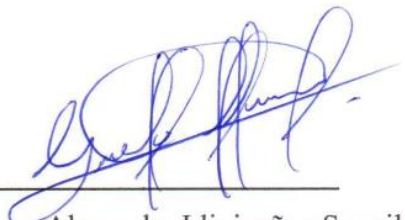
Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

AUTORÍA

AUTORÍA

Yo, **Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.



Firma: _____

Autor: Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda

Cédula de Identidad: 1900895788

Fecha: 16 de septiembre del 2022

Correo electrónico: gilmar.lliviganay@unl.edu.ec

Teléfono o Celular: 0994040940

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, **Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda**, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular titulado **Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, periodo 2022** , como requisito para optar el título de **Licenciado en Psicología Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional (RDI).

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 16 días de septiembre del dos mil veintidós.

Firma: _____

Autor: Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda
Número de Cédula: 1900895788
Dirección: Calle Cuero y Caicedo, Juan José Castillo y Carlos Montufar - Loja
Correo electrónico: gilmar.lliviganay@unl.edu.ec
Celular: 0994040940

DATOS COPLEMENTARIOS:

Directora de Trabajo de Integración Curricular: Bqf. Gabriela Alexandra Merino Peralta Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

- Presidenta: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.
- Vocal 1: Psc. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc.
- Vocal 2: Psc. Cl. Marco Vinicio Sánchez Salinas Mg. Sc.

DEDICATORIA

En especial a Dios, por brindarme la sabiduría necesaria para no decaer en este proceso de obtención de uno de mis más grandes sueños, mi carrera profesional, por ser mi guía y fortaleza en cada paso que he dado, y por darme la oportunidad de conocer durante este largo camino personas que han sido mi apoyo y compañía durante esta etapa de estudio.

A mis padres por su apoyo incondicional, amor y paciencia. Quienes haciendo grandes esfuerzos me han permitido llegar hasta donde hoy estoy, inculcándome siempre los valores de la humildad y la perseverancia, que me han permitido ser una gran persona. Y que sobre todo mediante su ejemplo y motivación me han enseñado a no rendirme hasta lograr las metas que me proponga.

A toda mi familia, porque siempre estuvieron acompañándome en todo este proceso, celebrando mis triunfos y siendo mi apoyo ante mis derrotas, brindándome sus palabras de aliento, oraciones y consejos cuando todo parecía imposible.

Y finalmente a mis amigos/as, quienes siempre estuvieron presentes durante el transcurso de este proceso académico, extendiéndome su mano cuando más lo necesitaba, brindándome su apoyo cada día, y sobre todo me permitieron vivenciar el valor del compañerismo, haciendo de esta experiencia una de las más gratificantes.

Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos principalmente a Dios por darme vida y salud, por guiar mi camino y acompañarme ante los momentos difíciles, por cada momento y experiencia vivenciada durante este proceso, que me permitió crecer como persona, y a su vez, cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres, por depositar toda su confianza en mi sin dudar ni un solo segundo, por ser mis más grandes amigos, un apoyo fundamental en mi vida, que han hecho grandes esfuerzos para poderme ayudar a cumplir mis más grande sueños; pues gracias a ellos puedo decir que hoy soy lo que soy.

A la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la Facultad de Salud Humana, carrera de Psicología Clínica, por haberme abierto sus puertas y permitirme formar como una profesional competente; a mis docentes, desde primer ciclo hasta octavo ciclo, quienes mediante practicas pedagógicas difundieron en mí, sus vastos conocimientos; y al personal administrativo, ya que de una u otra manera participaron en la culminación de esta meta profesional.

Así mismo, de manera muy especial mis agradecimientos y gratitud a la docente Gabriela Alexandra Merino Peralta Mg. Sc. quien, en calidad de directora del presente Trabajo de Integración Curricular, me supo brindar su apoyo incondicional, guía y asesoramiento durante el desarrollo científico de mi investigación, proporcionándome siempre las sugerencias pertinentes y necesarias para culminar exitosamente mi formación académica.

Y a mis amigas/os quienes siempre estaban predispuestas ayudarme si lo necesitaba, brindándome palabras de aliento y no dejándome caer ante situaciones adversas.

Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
AUTORIZACIÓN DEL AUTOR iv
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTOS vi
ÍNDICE vii
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN 2
2.1. ABSTRACT 3
3. INTRODUCCIÓN 4
4. MARCO TEÓRICO 6
4.1. Capítulo I: Trastorno Obsesivo-Compulsivo 6
4.1.1. Definición 6
4.1.2. Características Clínicas 6
4.1.3. Desarrollo y Curso 7
4.1.4. Comorbilidad 7
4.1.5. Factores Etiológicos 7
4.1.6. Subtipos: Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Limpieza/Contaminación 8
4.1.7. Criterios Diagnósticos 9
4.1.8. Modelos Explicativos 10
4.1.8.1. Modelo conductual. 10
4.1.8.2. Modelo cognitivo 11
4.1.8.3. Modelo cognitivo-conductual. 11
4.1.9. Evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo 12
4.1.9.1. Entrevista clínica. 12

4.1.9.2. Escalas o Test Psicológicos. 13
4.1.10. Intervención o Tratamiento Psicológico 14
4.1.10.1. Psicoeducación. 14
4.1.10.2. Terapia cognitivo-conductual (TCC) 15
4.1.10.3. Terapia de exposición con prevención de respuesta. 16
4.1.10.4. Tratamiento farmacológico 16
4.1.11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo durante la pandemia por Covid-19. 17
4.2. Capítulo II: El Covid-19 17
4.2.1. Definición 17
4.2.2. Niveles de Gravedad 18
4.2.3. Salud Mental y Covid-19 19
5. METODOLOGÍA 21
5.1. Objetivo General 21
5.2. Objetivos Específicos 21
5.3. Área de Estudio 21
5.4. Diseño y Tipo de Estudio 21
5.5.1. Criterios de inclusión 22
5.5.2. Criterios de exclusión 22
5.6. Técnicas e Instrumentos 22
5.6.1. Registro Médico 22
5.6.2. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) 23
5.7. Consideraciones Éticas 23
5.7.1. Registros Médicos 23
5.7.2. Consentimiento Informado 23
5.8. Procedimiento por Objetivos 24
5.8.1. Etapa 1: 24
5.8.2. Etapa 2: 24

5.8.3. Etapa 3: 24
5.8.4. Etapa 5: 24
6. RESULTADOS 25
6.1. Nivel de gravedad del Covid-19 en los moradores del barrio Motupe 25
6.2. Niveles de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los moradores del barrio Motupe 25
6.3. Relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19. 26
6.4.1. Título del programa de intervención 27
6.4.2. Introducción 27
6.4.3. Justificación 27
6.4.4. Objetivos 28
6.4.4.1. Objetivo General 28
6.4.4.2. Objetivos Específicos 28
6.4.5. Metodología 28
6.4.6. Planificación de las Sesiones 29
6.4.7. PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA INDIVIDUAL 31
6.4.7.1. Sesión 1 31
6.4.7.2. Sesión 2 33
6.4.7.3. Sesión 3 38
6.4.7.4. Sesión 4 43
6.4.7.5. Sesión 5 a la 20 47
6.4.7.6. Sesión 21 50
6.4.7.7. Sesión 22 52
7. DISCUSIÓN 54
8. CONCLUSIONES 55
9. RECOMENDACIONES 56
10. BIBLIOGRAFÍA 57

11. ANEXOS 65
11.1. Anexo 1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). 65
11.2. Anexo 2. Consentimiento Informado. 68
11.3. Anexo 3. Autorregistro A. 69
11.4. Anexo 3. Autorregistro B. 69
11.5. Anexo 4. Evidencia Fotográfica. 69
11.6. Anexo 5. Certificado del Abstract. 70
11.7. Anexo 6. Informe de Estructura y coherencia del proyecto. 71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de gravedad del Covid-19 25
Tabla 2 Nivel de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo 25
Tabla 3 Relación entre el nivel de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el nivel de gravedad del Covid-19 26

1. TÍTULO

Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, periodo 2022.

2. RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo es considerada una enfermedad compleja que produce incapacidad en el individuo que la padece. Entre las características más relevantes de esta enfermedad está la presencia de obsesiones (pensamientos intrusivos, recurrentes y perturbadores) y compulsiones (comportamientos repetitivos o rituales) que la persona experimenta como inapropiadas produciéndole un malestar significativo en su vida diaria. El presente trabajo de investigación a través de un estudio exploratorio, descriptivo y correlacional, de corte transversal y de campo en 81 personas pertenecientes al barrio Motupe, en el cual se hizo uso de registros médicos y el instrumento de evaluación Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale para la recolección de los datos, permitieron determinar la relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Covid-19. Los resultados obtenidos muestran que existe manifestación del Trastorno Obsesivo Compulsivo en los diferentes niveles de gravedad del Covid-19. Así, se diseñó un programa de intervención psicoterapéutico con un enfoque Cognitivo Conductual que tiene como técnica principal la denominada "Exposición con Prevención de Respuesta" y está orientado a trabajar con las personas adultas que manifiestan sintomatología obsesiva-compulsiva tras la pandemia por Covid-19.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Covid-19, pandemia, exacerbación.

2.1. ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder is considered a complex disease that produces disability in the person who suffers it. Among the most relevant characteristics of this disease is the presence of obsessions (intrusive, recurrent and disturbing thoughts) and compulsions (repetitive behaviors or rituals) that the person experiences as inappropriate, producing significant discomfort in their daily life. The present research work through an exploratory, descriptive and correlational, cross-sectional and field study in 81 people belonging to Motupe neighborhood, in which medical records and the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale evaluation instrument were used for data collection, allowed to determine the relationship between Obsessive-Compulsive Disorder and Covid-19. The results obtained show that there is a manifestation of Obsessive-Compulsive Disorder in the different levels of severity of Covid-19. For this, a psychotherapeutic intervention program was designed with a Cognitive Behavioral approach whose main technique is called "Exposure with Response Prevention" and is oriented to work with adults who manifest obsessive-compulsive symptomatology after Covid-19 pandemic.

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Covid-19, pandemic, exacerbation.

3. INTRODUCCIÓN

La enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (Covid-19), sin duda ha tenido consecuencias evidentes en la salud de la población, a nivel psicológico, también ha traído repercusiones que afectan a las personas a día de hoy. El brote por coronavirus ha provocado la manifestación de problemas adicionales en la salud mental, tales como: ansiedad, estrés, sintomatología depresiva, insomnio, ira y miedo. Sumado a esto, la incertidumbre y pérdida de la libertad provocada por el confinamiento han sido factores que influyen en el desarrollo de la salud mental a lo largo de este periodo. (Torales *et al.*, 2020)

Según García *et al.* (2021) la pandemia por Covid-19 ha provocado un aumento en la angustia, sentimiento de vulnerabilidad y escasez de capacidad para afrontar la situación en los pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Así, al relacionar la literatura existente con la situación actual, se pudo hipotetizar que las medidas adoptadas para evitar el contagio pudieron dar cabida a la manifestación del Trastornos Obsesivo-Compulsivo en la población de estudio.

De esta manera, la presencia del miedo generalizado al contagio por la pandemia pudo haberse transformado en agentes desestabilizadores importantes que han influido en la manifestación del trastorno. Además, a pesar de la necesidad de conocer las consecuencias que ha tenido la pandemia en la población, existen muy pocos estudios acerca de los efectos de la misma, especialmente aquella relacionada con los trastornos mentales es escasa en nuestro país, por lo cual la presente investigación brinda un aporte significativo para futuras investigaciones.

Por su parte, también la investigación está enfocada en la salud mental y epidemiología correspondiente a las líneas de investigación propuestas por la academia, manteniendo pertinencia social, científica y académica que ayudan al enriquecimiento de los estudios en salud mental y aportando a la mejora para la calidad de vida y bienestar y posibles programas y proyectos de investigación a futuro en el margen de las necesidades que requiera la comunidad, teniendo en cuenta la interculturalidad de la misma.

Así, el principal objetivo alcanzado fue el determinar la relación que existe entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Covid-19, dando resultados significativos entre ambas variables, evidenciando la manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los diferentes niveles de gravedad que presenta la enfermedad por Covid-19. De esta manera, se puede observar que la pandemia trajo consigo consecuencias en la comunidad en relación a la salud mental de la misma.

El estudio tuvo un enfoque de tipo cuantitativo, ya que fue el que mejor se adaptó a las características y necesidades de la investigación; de diseño no experimental de corte transversal, debido a que no se manipuló ninguna variable y se recolectaron los datos en un determinado y único tiempo; y de campo, debido a que se realizó en el lugar de origen en el que se dio el fenómeno de estudio.

Además, fue de tipo exploratorio; ya que no existen estudios locales acerca del problema de investigación, descriptivo; debido a que permitió analizar las características de la población en el contexto determinado y correlacional; ya que se determinó la posible relación entre las variables planteadas para un mayor conocimiento del fenómeno de estudio.

La presente investigación se estructuró en un marco teórico en donde a través de 2 capítulos se recogen aportaciones significativas de autores y fuentes sobre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la enfermedad por Covid-19. Además, se cuenta con una metodología que narra el tipo de estudio, población y muestra escogida para el desarrollo del estudio; criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos y el procedimiento planificado para llevarse a cabo la presente, seguido de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y finalmente de la revisión bibliográfica utilizada, así también de los anexos que corroboran la propia investigación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Capítulo I: Trastorno Obsesivo-Compulsivo

4.1.1. Definición

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una enfermedad incluida dentro del espectro de los trastornos de ansiedad. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en su manual diagnóstico denominado DSM-5, aparece como una nueva categoría diagnóstica: "*Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados*". Así, según los criterios del mismo, definen al trastorno como la presencia de obsesiones (pensamiento intrusivos, recurrentes y perturbadores) que el sujeto experimenta como intrusivas e inapropiadas, causándole ansiedad o malestar significativo acompañadas de compulsiones (comportamientos repetitivos, rituales, etc.) que el paciente realiza para poder controlar la ansiedad que le producen aquellos pensamientos. A su vez, esto consume gran cantidad de tiempo y suele causar un marcado malestar o deterioro significativo en el funcionamiento diario del individuo. (Lozano *et al.*, 2020)

4.1.2. Características Clínicas

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo se considera como una de las enfermedades más complejas que existen, debido a su diagnóstico, tratamiento y comorbilidades. Según la Organización Mundial de la Salud, ocupa el décimo lugar entre las enfermedades más incapacitantes, ya que los síntomas tienen impacto significativo en la vida diaria del individuo que la padece. (De la Cruz, 2018)

Según el CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (2000), este trastorno se clasifica dentro de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, pero de categoría independiente del trastorno de ansiedad. Las obsesiones o compulsiones deben causar ansiedad extrema o discapacidad durante al menos dos semanas consecutivas durante la mayor parte del día y que no sean agradables ni útiles. (J. Vallejo *et al.*, 2015) Los subtipos se consideran en función del predominio: pensamientos obsesivos dominantes o rumiaciones obsesivas, actos compulsivos dominantes o un predominio mixto. (Martínez, 2002)

De esta forma, al no realizar los rituales, el paciente suele referir de forma objetiva o subjetiva malestar, ya sea sintomatología ansiosa y sentimientos persistentes de vacío. Si bien el evitar estas situaciones puede ser una forma transitoria de reducir la ansiedad, culpa, miedo

y vergüenza, tanto los síntomas de obsesiones y compulsiones suelen ser reconocidos por el paciente como excesivos o irracionales en algún momento del transcurso del trastorno. (Foa *et al.,* 1995, citados por Fernández-Montes y García, 2019)

4.1.3. Desarrollo y Curso

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) se presenta de 2 a 4% en niños y adolescentes, y entre 2 y 3% en adultos. La edad media de inicio se aproxima a los 20 años, sin embargo, se estima que un 50% de estos adultos inician con síntomas a los 11 años. (Alvarenga *et al.,* 2017)

Por su parte, algunos autores establecen la edad de inicio según los síntomas, mientras que otros prefieren fijarla en la edad en la que los síntomas empiezan a interferir en el funcionamiento normal (Tükel *et al.,* 2005, citados por Alvarenga *et al.,* 2017). Un estudio de comorbilidad llevado a cabo con 330 pacientes diagnosticados de TOC donde se incluyó la edad de inicio como variable continua, dio como resultado que las edades de 10 años y 17 años eran adecuadas para definir los subgrupos de inicio temprano y tardío respectivamente (De Mathis *et al.,* 2008, citado en Alvarenga *et al.,* 2017). Conocer la edad de inicio es importante ya que hay pruebas de que el TOC de inicio temprano podría representar un subgrupo diferente, por ejemplo: mayor gravedad y persistencia de síntomas y una peor respuesta al tratamiento.

4.1.4. Comorbilidad

Los individuos que presentan el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con frecuencia suelen tener otras psicopatologías. Muchos adultos con el trastorno suelen tener el diagnóstico de trastorno de ansiedad de por vida o un trastorno depresivo o bipolar (Cruzado, 2014). Además, se relacionan episodios maniacos, intentos de suicidio, mayor tasa de hospitalización, trastornos de alimentación, fobia social, ansiedad generalizada, por lo que, al padecer de estas patologías mentales junto con el TOC, presentan peor calidad de vida, inestabilidad emocional, problemas familiares, problemas laborales, entre otros. (De la Cruz, 2018)

4.1.5. Factores Etiológicos

Según Alvarenga *et al.* (2017), los factores de riesgo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) pueden resumirse en los siguientes:

- **Genéticos y fisiológicos:** Historial familiar con síntomas obsesivo-compulsivo, TOC o tics. Potenciales genes predisponentes.

- **Individuales:** Presencia de síntomas obsesivo-compulsivos y TOC subclínico. Por otra parte, anomalías neuropsicológicas (déficits cognitivos globales, rigidez mental, déficits visoespaciales, déficit en las habilidades psicomotrices). También, comorbilidad psiquiátrica (ej., síndrome Guilles de la Tourette).
- **Ambientales:** Factores prenatales, perinatales y posnatales: excesiva ganancia de peso durante el embarazo, parto prolongado, nacimiento prematuro, ictericia, estrés emocional, lesión cerebral traumática, uso de tóxicos (drogas, alcohol, etc.) durante el embarazo. También, el maltrato físico y sexual en la infancia y otros sucesos estresantes o traumáticos se han asociado con un mayor riesgo de desarrollo del TOC.

4.1.6. Subtipos: Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Limpieza/Contaminación

Actualmente, no existe una clasificación específica acerca de los subtipos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Sin embargo, algunos autores como Martínez (2002), mencionan que las obsesiones tradicionalmente suelen dividirse en: contagio/contaminación, daño (a sí mismo u otros), ético/morales/religiosas y perfeccionismo, entre otras. Sin embargo, nos centraremos en el subtipo de limpieza/contaminación.

Este subtipo de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) de limpieza/contaminación suele ser el más común de encontrar. Las personas suelen presentar con frecuencia pensamientos de estar contaminado, sucio o infectado. Ante eso, el individuo se dedica a neutralizar el malestar de las obsesiones realizando comportamientos de limpieza. A su vez, mediante el refuerzo negativo, las personas con el trastorno aprenden a evitar situaciones percibidas como contaminantes y a mantener conductas compulsivas (Rachman y Shafran, 1998; Moretz y Mckay, 2008, citados por Asencio, 2018). El asco excesivo y el miedo a la contaminación o la percepción de estímulos contaminados juegan un papel importante en esta modalidad y difieren con las sensaciones percibidas en otros subtipos de TOC u otros trastornos de ansiedad presentes. (Olatunji *et al.*, 2009; Broderick *et al.*, 2013, citados por Asencio, 2018)

Además, los sujetos suelen desarrollan respuestas emocionales más altas de lo normal, acompañadas de estrategias reguladoras deficientes. Tales experiencias emocionales desagradables hacen que las personas eviten situaciones amenazantes o realicen conductas de lavado (Smith *et al.*, 2012, citados por Asencio, 2018). Con respecto a los cambios neuropsicológicos observados en el TOC, aunque el mecanismo de acción neurobiológico que opera en el TOC es poco conocido (Markarian *et al.*, 2009, citados por Asencio, 2018), parece

manifestarse déficits de atención selectividad, velocidad de procesamiento, inhibición de la respuesta y dificultad en la planificación.

4.1.7. Criterios Diagnósticos

Según los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014), se deben tomar en cuenta las siguientes características para el diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

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

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (por ejemplo, lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (por ejemplo, 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 (por ejemplo, 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 (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, por ejemplo, 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; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación; estereotipias, como en el trastornos de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en el trastorno de la conducta alimentaria; problemas con sustancias o con el juego, como en el trastorno relacionado 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 disruptivos, del control de los impulsa y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de la 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 autista.

4.1.8. Modelos Explicativos

Existen diversos modelos que tratan de darle sentido a la manifestación del trastorno obsesivo-compulsivo, los cuales sirven de ayuda para poder comprender de mejor manera la enfermedad. Dentro estos modelos encontramos los siguientes:

4.1.8.1. Modelo conductual.

Según Cruzado (2014), desde esta perspectiva, debemos tomar en cuenta algunos aspectos básicos para poder explicar en que se basa el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Por un lado, este modelo considera las obsesiones como pensamientos asociados a niveles muy elevados de ansiedad que pueden desencadenar la manifestación de conductas compulsivas que huyen de sus efectos. Estas compulsiones pueden ser voluntarias, motoras y cognitivas. Asimismo, las personas con este trastorno aprenden con el tiempo ciertas conductas, conocidas como conductas de evitación, para reducir la frecuencia de exposición a las obsesiones.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, se cree que los niveles elevados de ansiedad se deben a las obsesiones, lo que hace que el paciente siga sus rituales compulsivos o se involucre en conductas de evitación. Sin embargo, esto solo reduce la ansiedad a corto plazo, pero en cambio, las obsesiones continúan manifestándose a lo largo del tiempo. (Valaer, 2015)

Por último, una teoría a tomar en cuenta es la propuesta por Mowrer (1951), denominada teoría bifactorial. Este autor notó la presencia de dos momentos en los trastornos de ansiedad y los dividió según el tipo de condicionamiento. La primera etapa es el condicionamiento clásico utilizado para explicar el contenido de una emoción. En cambio, la segunda etapa incluye el condicionamiento instrumental, en el que la persona emite respuestas de evitación o huida que se amplificarán negativamente para aliviar la ansiedad. (Botella y Robert, 2009)

4.1.8.2. Modelo cognitivo.

Según Vallejo *et al.* (2015), las teorías cognitivas sugieren que el problema de las obsesiones surge de la tendencia de las personas a malinterpretar sus pensamientos de manera negativa y catastrófica. Desde esta perspectiva, se cree que existen varios factores cognitivos que explican el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Por esta razón, a continuación, se mencionan brevemente algunos de los autores que se destacan en este modelo:

Por un lado, Carr (1974) señala que existen dos factores que determinan los síntomas del Trastorno obsesivo-compulsivo. Además, argumenta que hay valoraciones poco realistas de los posibles riesgos y valoraciones erróneas acerca de la capacidad para hacerles frente.

Por otra parte, Barlow (1988) manifiesta que hay dos tipos diferentes de vulnerabilidades. Por lo tanto, sostiene que una respuesta de estrés acompañada de una fuerte respuesta emocional, corresponde a la vulnerabilidad biológica, y que reconocer que ciertos pensamientos pueden ser peligrosos, corresponden a la vulnerabilidad psicológica.

Por último, Salvovskis (1985) distingue entre pensamientos automáticos y obsesivos. De esta forma, argumenta que ambos son cognitivamente intrusivos, pero difieren en el grado de interferencia cognitiva, el nivel de acceso a la conciencia y el grado de conformidad con el sistema de creencias de la persona.

4.1.8.3. Modelo cognitivo-conductual.

El modelo cognitivo-conductual se forma a partir de la combinación del modelo conductista y el modelo cognitivo. Así, la existencia de la interacción entre los factores internos de la persona y el entorno es considerado como un proceso de aprendizaje. En este punto de vista, se describen y correlacionan entre sí tres factores de comportamiento; la conducta, la emoción y los pensamientos. Además, se sugiere que existe un aprendizaje bidireccional entre

los niveles cognitivo y conductual. De esta forma, el modelo pretende inducir cambios en una persona para que pueda adaptarse mejor a su vida diaria. (Mendoza, 2020)

Sin embargo, antes del surgimiento de este modelo se consideraba que los enfoques cognitivo y conductual por separado eran bastante eficaces en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Esto se puede evidenciar en varios estudios como, por ejemplo; Abramowitz (1996) en el estudio que realizó, afirma una mejoría significativa en lo síntomas del TOC asociados al empleo de la terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR). Así mismo, Shinmei *et al.* (2017) también obtuvieron como resultado la reducción de los síntomas del trastorno con la utilización de la terapia de EPR.

Por otra parte, Behobi *et al.* (2013) muestran una mejora en la intensidad de los síntomas obsesivo-compulsivos y una clara reducción de los sesgos al implementar las estrategias cognitivas.

Sin embargo, en estudios posteriores que combinaron los dos enfoques de tratamiento, los resultados fueron más favorables (Valaer, 2015). Esto se ha visto en varios estudios, como los estudios de Fernández-Montes y García (2019b), que encontraron una reducción de la ansiedad y los síntomas obsesivo-compulsivos con ambos procesos de tratamiento. Finalmente, en otro estudio realizado por Vílchez y Orozco (2015), se encontró una reducción en las conductas neutralizadoras y una disminución en la frecuencia de compulsiones y obsesiones cuando se combinaron los dos tratamientos.

4.1.9. Evaluación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Existe una amplia gama de técnicas e instrumentos que nos sirven para poder evaluar el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, entre ellas encontramos las siguientes:

4.1.9.1. Entrevista clínica.

Según Quiroga (2018), la entrevista clínica psicológica es el medio por el cual se obtienen datos relevantes y explicativos para realizar un diagnóstico clínico psicológico o neuropsicológico. Además de la información recopilada, permite determinar el tipo de tratamiento para el paciente y tomar las decisiones y el juicio clínico adecuado. Así, mediante una entrevista clínica, se pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Obtener un diagnóstico o juicio clínico.
- Conocer a la persona.

- Crear y mantener la relación interpersonal.
- Comprometer al paciente en el tratamiento.
- Respetar el tiempo.
- Responder a las expectativas del paciente.

En la mayoría de los casos, la entrevista clínica se establece en el primer contacto del terapeuta con el paciente donde, además de obtener información significativa, se realizan las primeras conexiones y se crean los lazos para fortalecer aún más la relación terapeuta-paciente. Por eso, al realizar la entrevista clínica, se debe crear un ambiente de confianza, calidez y apertura que favorezca la comunicación interpersonal en el primer contacto. (Echeburúa *et al.,* 2011)

4.1.9.2. Escalas o Test Psicológicos.

Al igual que con otros trastornos mentales, los profesionales de la salud mental utilizan cuestionarios o escalas para confirmar diagnósticos basados en entrevistas clínicas. Por lo tanto, estas escalas son inútiles a menos que sean dadas por un profesional calificado y acompañadas de preguntas clínicas. La mayoría de estas escalas son principalmente útiles para cuantificar la gravedad del Trastorno obsesivo-compulsivo y permiten realizar comparaciones antes y después del tratamiento y evaluar su eficacia para reducir los síntomas. (Arroyo *et al.,* 2018)

Por su parte, según Berrío y Luciano (2017) dentro de las escalas más usadas para evaluar o diagnosticar el Trastorno Obsesivo-Compulsivo encontramos las siguientes:

Escala de obsesión-compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS) (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale): El Y-BOCS es un cuestionario autoaplicado para determinar si existe un trastorno obsesivo-compulsivo. El cuestionario consta de 10 ítems: 5 son obsesiones y los 5 restantes son compulsiones, con opciones de respuesta que van de 0 a 4 (desde sin síntomas hasta síntomas severos). La clasificación diagnóstica se basa en valores de corte, donde del 0 al 7 significa "sin síntomas clínicos", del 8 al 15 es "leve", del 16 al 23 son "moderados", del 24 al 31 son "graves" y del 32 al 40 son "extremo".

Inventario de Padua (IP) (Padua Inventory): Es una herramienta para evaluar la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos en poblaciones clínicas y no clínicas. Mide obsesiones y compulsiones utilizando las siguientes subescalas: contaminación, comprobación, rumiación, y urgencia/ preocupación. Su aplicación dura aproximadamente unos 30 minutos.

Distingue entre pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo y aquellos con otros diagnósticos.

Inventario Obsesivo-Compulsivo (OCI) (Obsessive Compulsive Inventory): Este es un autoinforme para determinar el diagnóstico y la gravedad del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Además, es aplicable a la población general en función del malestar o angustia de cada tipo de síntoma, vinculándolos tanto a las obsesiones como a las compulsiones. Consta de 18 ítems divididos en seis subescalas, cada una con tres ítems; cada ítem se califica en una escala de 0 a 4. Una puntuación general de 42 o superior, o una puntuación media de 2,5 o superior en cualquiera de las subescalas sugiere la presencia de TOC.

4.1.10. Intervención o Tratamiento Psicológico

En la actualidad, se han estudiado varios tratamientos para la intervención de este trastorno. Sin embargo, solo dos tratamientos tienen una base terapéutica establecida: el tratamiento farmacológico mediante inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y la Terapía Cognitivo-Conductual que incluye la exposición con prevención de respuesta. (Krebs y Heyman, 2014, citados por Fernández-Montes y García, 2019)

4.1.10.1. Psicoeducación.

Según Ulloa *et al*. (2011), los tratamientos psicosociales para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo abarcan la psicoeducación y la psicoterapia. La psicoeducación incluye actividades dirigidas a concientizar tanto a la familia como al paciente acerca de las características de su enfermedad, sus causas y opciones de tratamiento. De esta forma, los objetivos de la psicoeducación son las siguientes:

1. Mejorar el conocimiento y la comprensión del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y sus consecuencias en la vida cotidiana.
2. Brindar la capacidad de adaptar el entorno a nivel de funcionamiento del paciente.
3. Ofrecer recomendaciones para facilitar y fomentar interacciones y comportamientos positivos entre padres e hijos
4. Brindar información sobre cómo las modificaciones conductuales pueden aplicarse en el manejo de los problemas de conducta.

5. Orientar e informar sobre los servicios de apoyo social, educativo y de salud disponibles. Esta es la primera intervención que se debe realizar después de establecer el diagnóstico.

Los modelos de intervención psicoeducativa promueven la participación de los padres, pacientes y otras personas involucradas en el tratamiento. Además, los programas basados en la psicoeducación se han utilizado en el tratamiento multimodal de diversas enfermedades psiquiátricas, particularmente del espectro afectivo y en adultos. (Ulloa *et al.,* 2011)

4.1.10.2. Terapia cognitivo-conductual (TCC).

El enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo combina la terapia conductual con un marco cognitivo y se ha demostrado que es significativamente más efectivo cuando la exposición se combina con la prevención de la respuesta y la reestructuración cognitiva (Vílchez & Orozco, 2015). La reestructuración cognitiva ayuda a los pacientes a percibir el impacto de los pensamientos y creencias en su comportamiento (rituales y evitación), la relación funcional entre las obsesiones y los rituales, y ofrece estrategias para aliviar su estrés, proporcionando un medio para disolverlo. (Dávila, 2014)

Por su parte, el modelado conductual utiliza técnicas de prevención de exposición y respuesta basadas en la relación entre las obsesiones y las compulsiones para reducir la asociación y el consiguiente malestar (Fernández-Montes & García, 2019b). Los pacientes están expuestos a objetos, personas o situaciones que temen y deben evitar comportamientos compulsivos para que sus niveles de ansiedad disminuyan (Abramowitz *et al.,* 2005, citados en Alvarenga *et al.,* 2017). Las estrategias cognitivas y conductuales se complementan entre sí, y el éxito de una proviene de conectarse bien con la otra.

Así mismo, el éxito de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) depende de la comprensión del paciente de los principios de la enfermedad y su tratamiento, así como de los procesos cognitivos involucrados en el mantenimiento de la condición. Además, los estudios clínicos han demostrado que los resultados de la TCC mejoran cuando los parientes cercanos (padres, familiares y maestros) participan en el tratamiento (Freeman *et al.,* 2008, citados en Alvarenga *et al.,* 2017). De esta forma, los miembros de la familia pueden responder a los síntomas de un paciente evitando, ayudando con los rituales o participando sin darse cuenta, lo que se conoce como aceptación familiar. (Amir et al, 2000, citado en Alvarenga *et al.*, 2017). Por lo tanto, los padres deben involucrarse en la intervención, ya que a menudo se convierten

en co-terapeutas y siguen las pautas de intervención en el hogar. (Freeman *et al.,* 2008, citados en Alvarenga *et al.,* 2017)

4.1.10.3. Terapia de exposición con prevención de respuesta.

La exposición con prevención de respuesta (EPR) implica exponer sistemáticamente al sujeto a estímulos intrusivos del pensamiento, como tocar objetos no esterilizados, y luego evitar actividades compulsivas, como lavarse las manos, para acostumbrarse al estímulo (Ruíz *et al.,* 2012). Según Caballo *et al.* (2014), la EPR es el tratamiento psicológico de primera línea para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, porque es más efectivo y tiene tasas de recurrencia más baja.

En el trastorno obsesivo-compulsivo, la EPR se utiliza para eliminar los rituales compulsivos, tanto físicos como mentales, que exponen al sujeto a pensamientos o situaciones que normalmente desencadenarían un comportamiento compulsivo, sin realizar realmente el ritual (Valaer, 2015). Con el tiempo, el sujeto puede eventualmente abandonar dichos rituales, así como reducir la importancia otorgada a la obsesión (lo que también reducirá la obsesión y el malestar que provoca). Buenos ejemplos de su uso son en las obsesiones con los rituales de contaminación y limpieza o el miedo relacionado con el ataque o el daño a los seres queridos y los rituales de sobreprotección. (Abramowitz *et al.,* 2003)

4.1.10.4. Tratamiento farmacológico.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) siguen siendo el tratamiento de primera línea para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) en niños, adolescentes y adultos. La clomipramina, un fármaco tricíclico serotoninérgico, fue el primero en mostrar su eficacia para el tratamiento del TOC. A pesar de los resultados, los efectos secundarios (gastrointestinales, autonómicos, hepáticos y, sobre todo, alteración de la conducción cardíaca) limitan su uso clínico, en particular en la población infanto-juvenil. Por ello, la prescripción de clomipramina requiere la evaluación electrocardiográfica, tanto al inicio como durante el tratamiento. (AACAP, 2012, citado en Alvarenga *et al.,* 2017)

Así, el tratamiento debe empezar con dosis bajas para reducir el riesgo de aparición de efectos adversos. El fármaco deberá probarse entre 10 a 16 semanas con dosis terapéuticas adecuadas. La duración óptima del tratamiento en los niños con TOC se desconoce. La mayor parte de los expertos sugieren que el tratamiento debería mantenerse por los menos 12 meses

después de la estabilización o resolución del cuadro, para luego ser retirado paulatinamente. (Mancuso *et al.,* 2010, citados en Alvarenga *et al.,* 2017)

Sin embargo, a pesar de la eficacia probada de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, en algunos sujetos el tratamiento no suele responder o produce síntomas residuales significativos, aun cuando se ha administrado el fármaco el tiempo adecuado y a las dosis máximas recomendadas o toleradas. Por lo tanto, en estos casos se debe realizar otro tipo de estrategias para sobrellevar el tratamiento, se suele recomendar la combinación con la Terapia Cognitivo-Conductual. (Mancuso *et al.,* citados en Alvarenga *et al.,* 2017)

4.1.11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo durante la pandemia por Covid-19.

Se han realizado varios estudios en la población general con el objetivo de analizar los efectos que ha tenido la pandemia por Covid-19 en el mundo. Por su parte, en lo que respecta al Trastorno Obsesivo-Compulsivo se han realizado investigaciones en la población para conocer si se ha venido desarrollando sintomatología obsesiva-compulsiva en el trascurso de la pandemia y la gravedad en la que se ha manifestado.

De esta manera, según el estudio de Abba-Aji *et al.* (2020) se encontró que el 60% de su muestra de estudio manifestó obsesiones de contaminación y el 54% compulsiones de limpieza, esto durante el comienzo de la pandemia. Por su parte, los estudios de Zheng *et al.* (2020) demostraron que después de finalizar la pandemia en su localidad, el 20% padecía de sintomatología obsesiva-compulsiva. Así también, en una investigación realizada con estudiantes de medicina por Ji *et al.* (2020), se mostró que la mayor prevalencia de sintomatología obsesivo-compulsiva se presentó en las primeras semanas a diferencia que en fases posteriores.

4.2. Capítulo II: El Covid-19

4.2.1. Definición

La enfermedad por Coronavirus 2019, según la Organización Mundial de la Salud (2020a), es el nombre otorgado a la enfermedad infecciosa causada por el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo o Grave 2 (SARS-CoV-2). Fue detectada a finales del 2019, en pacientes que habían estado expuestos posiblemente a una transmisión alimentaria desde animales salvajes en un mercado de la ciudad de Wuhan, China.

La mayoría de las personas infectadas por el virus desarrollan una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se recuperan por sí solas sin ningún tratamiento específico. Sin embargo, algunas personas manifiestan sintomatología grave que requiere atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2021). Por su parte, los adultos mayores y aquellos con condiciones médicas subyacentes tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades graves. En todo caso, cualquier persona de cualquier edad puede enfermarse gravemente o morir a causa del COVID-19. (Organización Mundial de la Salud, 2020b)

4.2.2. Niveles de Gravedad

Según la Organización Mundial de la Salud (2020b), los signos y síntomas del COVID-19 son variables. Sin embargo, la mayoría de las personas presentan las siguientes manifestaciones: fiebre (83%-99%), tos seca (59%-82%), cansancio (44%-70%), anorexia (40%-84%), disnea (31%-40%) y mialgias (11%-35%). También se han descrito otros síntomas inespecíficos como dolor de garganta, congestión nasal, cefaleas, diarrea, vómitos y náuseas. Asimismo, se ha observado la pérdida del gusto y olfato antes del inicio de los síntomas respiratorios. Finalmente, en casos graves, se presenta dificultad para respirar, dolor u opresión en el pecho y temperatura alta.

Si bien la sintomatología común ayuda a reconocer los posibles casos de contagio, también es importante conocer el nivel de gravedad en el que puede encontrarse la persona. Por lo tanto, la Organización Mundial de la Salud (2020), determinó una serie de niveles que indican la gravedad en la que puede presentarse el COVID-19 en los pacientes. De esta manera, los servicios de salud tienen parámetros que les ayudan a estimar que personas requieren atención inmediata, y quiénes presentan una sintomatología más leve. Dentro de los niveles de gravedad encontramos los siguientes:

- **Infección asintomática:** Paciente sin síntomas ni signos clínicos, radiografía normal y reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva para SARS-CoV-2.
- **Enfermedad leve:** Presenta síntomas de vía respiratoria superior, además de fiebre, fatiga, mialgia, tos, escurrimiento nasal. Al examen físico se encuentra congestión faríngea, sin datos anormales a la auscultación. Algunos casos pueden estar afebriles o con síntomas digestivos como náuseas, dolor abdominal o diarrea.
- **Enfermedad moderada:** Con neumonía, frecuentemente fiebre, tos que en la mayoría de los casos es de inicio seca, seguida de tos productiva; en algunos

casos con disnea, sin datos de hipoxemia, se puede auscultar crepitantes; otros casos no tienen signos o síntomas clínicos; sin embargo, la tomografía computarizada muestra lesiones pulmonares que son subclínicas.

- **Enfermedad grave:** Tempranamente presenta síntomas como fiebre y tos, quizá acompañada de síntomas gastrointestinales como diarrea. La enfermedad usualmente progresa en alrededor de una semana con disnea y cianosis central, la saturación de oxígeno (SpO2) es menor de 92% con manifestación de hipoxemia.
- **Enfermedad crítica:** Además de los síntomas de enfermedad grave, puede progresar rápidamente a síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y choque séptico, encefalopatía, daño miocárdico, disfunción de la coagulación y daño renal.

4.2.3. Salud Mental y Covid-19

La pandemia actual sin duda ha dejado cambios en la población en general, así también ha desafiado la práctica clínica habitual de los profesionales de la salud, incluidos los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental. Según Rodriguez-Quiroga *et al.* (2020), el número de personas que necesitarán ayuda psiquiátrica y psicológica aumentará con los meses. Desde un punto de vista psicopatológico, la pandemia actual es una forma relativamente nueva de estrés o trauma, tanto para la población en general como para los profesionales de la salud (Xiang *et al*., 2020). De esta manera, el virus ha generado preocupaciones de pánico generalizado y ansiedad creciente y, aunque sus efectos en la salud mental no se han estudiado sistemáticamente, se puede estimar que tendrá efectos importantes en la misma. Además, se sabe que esta preocupación empeora los síntomas de ansiedad y depresión en individuos más vulnerables o en aquellos que ya han sido diagnosticados con una enfermedad mental. (Raony *et al.*, 2020)

Por su parte, según el estudio de Tian *et al.* (2020) realizado en China, en el cual colaboraron 1060 participantes entre el 31 de enero y 2 de febrero. Según los resultados obtenidos, se revelaron puntuaciones altas de malestar psicológico con el instrumento Symptom Checklist-90. Los autores de este estudio utilizaron las normas nacionales de China en el SCL-90. De esta manera, más del 70% de los participantes tuvieron un nivel moderado y alto de síntomas psicológicos, específicamente puntajes elevados de compulsión obsesiva, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica y psicoticismo. No hubo diferencias entre hombres

y mujeres. Así, los resultados demostraron que el COVID-19 tiene una influencia sociopsicológica adversa significativa en los ciudadanos comunes.

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2020a), el distanciamiento social y las restricciones de movimiento conocidas como medidas de "confinamiento" y "aislamiento" puede retrasar la propagación de COVID-19 al reducir el contacto humano. Sin embargo, estas medidas pueden conducir a una suspensión casi total de la vida económica y social, con profundas consecuencias negativas para las personas, las comunidades y la sociedad. Estas medidas afectan de manera desproporcionada a los grupos vulnerables, incluidos los pobres, los migrantes y los desplazados internos, que a menudo viven en condiciones de hacinamiento con pocos recursos y se ganan la vida con su trabajo diario. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe *et al.*, 2020)

Por lo tanto, la crisis provocada por la pandemia COVID-19 está afectando el funcionamiento social, la interacción y el comportamiento en muchos niveles. Así, emocionalmente, el distanciamiento social y el autoaislamiento pueden provocar problemas de salud mental, ansiedad y depresión (Enríquez y Sáenz, 2021). Con respecto a la incertidumbre de la enfermedad en sí, la rápida propagación y el alto riesgo de infección, y el tiempo de respuesta indeterminado a las intervenciones de salud pública para la progresión de la enfermedad, tienen el potencial de conducir a problemas de salud mental preexistentes y afectarlos. (Hernández, 2020)

5. METODOLOGÍA

El presente trabajo de investigación se guio en torno a dar cumplimiento a los siguientes objetivos planteados:

5.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe.

5.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de gravedad de la enfermedad por Covid-19 en los habitantes del barrio Motupe a través de los registros médicos del Centro de Salud Universitario de Motupe.
- Medir la presencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los moradores del barrio Motupe a través del instrumento Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).
- Diseñar un programa de Intervención Psicoterapéutico para las personas que presentan sintomatología obsesiva-compulsiva tras la pandemia.

5.3. Área de Estudio

La investigación se realizó en el barrio Motupe, el cual es un barrio urbano perteneciente a la parroquia Carigán, está ubicado al norte de la ciudad de Loja y se sitúa aproximadamente a 30 minutos del centro urbano. Los límites de este barrio son: al norte con el barrio San Francisco de Zalapa; al sur con el barrio La Banda; al este con el barrio Sauces Norte; y al oeste con el barrio Zalapa. Además, su límite urbano es con la quebrada Cumbe.

5.4. Diseño y Tipo de Estudio

El estudio tuvo un enfoque de tipo cuantitativo, ya que fue el que mejor se adaptó a las características y necesidades de la investigación; de diseño no experimental de corte transversal, debido a que no se manipuló ninguna variable y se recolectaron los datos en un determinado y único tiempo; y de campo, debido a que se realizó en el lugar de origen en el que se dio el fenómeno de estudio.

Además, fue de tipo exploratorio; ya que no existen estudios locales acerca del problema de investigación, descriptivo; debido a que permitió analizar las características de la

población en el contexto determinado y correlacional; ya que se determinó la posible relación entre las variables planteadas para un mayor conocimiento del fenómeno de estudio.

5.5. Población y Muestra

Por su parte, la población de estudio estuvo conformada por 235 personas las cuales se tuvo registro que fueron atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe por presentar la enfermedad por Covid-19. Así, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que se tomó en cuenta a las personas que estuvieron disponibles en el momento de la investigación. De esta manera, la muestra se conformó por 81 personas que accedieron a participar y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

5.5.1. Criterios de inclusión

- Personas que vivan en el barrio Motupe.
- Habitantes que hayan pasado la enfermedad por COVID-19.
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado.

5.5.2. Criterios de exclusión

- Personas que realicen de manera incompleta la encuesta.
- Personas que presenten algún tipo de discapacidad.
- Personas que no sean mayores de edad.
- Personas que no se encuentren en la vivienda el día de la aplicación del cuestionario.

5.6. Técnicas e Instrumentos

La recolección de datos en el presente trabajo de investigación partió de registros médicos proporcionados por el Centro de Salud Universitario de Motupe y el instrumento psicológico Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS):

5.6.1. Registro Médico

Según Ríos *et al*. (2005), el registro médico es el proceso utilizado para realizar un seguimiento de todas las interacciones del paciente en un entorno clínico. Cada paciente dispone de una historia clínica en la que el personal médico, interactuando con el paciente, registra diversa información.

5.6.2. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

El instrumento utilizado fue la versión al español del cuestionario Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) traducida y adaptada por Yacila *et al.* (2016), diseñado para medir la presencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo o sintomatología (véase Anexo 1). Es una escala heteroaplicada conformada por 10 ítems de los cuales 5 están relacionados a obsesiones y otros 5 a compulsiones. Además, las opciones de respuesta varían de 0 a 4; desde mantener el control y no presentar síntomas hasta manifestar dificultad en el propio control y sintomatología grave. Por su parte, las puntuaciones establecidas son las siguientes:

- De 0 a 7 puntos, representa "sin manifestaciones clínicas".
- De 8 a 15 puntos, representa manifestación leve.
- De 16 a 23 puntos, representa manifestación moderada.
- De 24 a 31 puntos, representa manifestación severa, y
- De 32 a 40, manifestación extrema.

Este cuestionario presenta un alfa de Cronbach de 0.78 para personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de 0.89 para personas sin manifestaciones clínicas.

5.7. Consideraciones Éticas

5.7.1. Registros Médicos

Los registros médicos fueron proporcionados por el Centro de Salud Universitario de Motupe para el respectivo desarrollo de la investigación. Así, se le dio un uso adecuado, ético y transparente a la información brindada para la realización del proyecto, con el fin de cuidar la integridad tanto de la institución como de las personas que participaron a lo largo del desarrollo del mismo.

5.7.2. Consentimiento Informado

El consentimiento informado sirvió como documento informativo en donde se invitaba a las personas a participar de la investigación. De esta manera, al aceptar y firmar los lineamientos establecido en la misma, la persona accedía a participar en el estudio, así como también permitía que la información obtenida durante el proceso pueda ser utilizada por el investigador para los fines académicos establecidos. (véase Anexo 2)

5.8. Procedimiento por Objetivos

Para la ejecución del presente estudio se efectuó una serie de fases o etapas que son las siguientes:

5.8.1. Etapa 1:

Se realizó un acercamiento a las autoridades pertinentes del Centro de Salud Universitario de Motupe brindándonos su apoyo con la lista de pacientes que fueron atendidos por padecer de Covid-19. Posteriormente, se revisó los datos proporcionados y se realizó visitas domiciliarias a aquellas personas que habitaban en el barrio Motupe y se les pidió amablemente su colaboración en el proceso de investigación. De esta manera, las personas que accedieron a participar firmaron el consentimiento informado para el proceso de investigación.

Por su parte, se corroboró la información brindada por los habitantes y se tomó en cuenta los criterios brindados por la OMS acerca del Covid-19 y su respectiva clasificación según los niveles de gravedad para dar cumplimiento con el primer objetivo específico planteado.

5.8.2. Etapa 2:

Se aplicó el reactivo psicológico (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS), solo a aquellas personas que padecieron de Covid-19 y cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Todo esto con el objetivo de obtener información adecuada acerca de la situación del barrio con respecto al problema de estudio, dando cumplimiento al segundo objetivo.

5.8.3. Etapa 3:

Se realizó la tabulación y el análisis de los datos obtenidos en el estudio mediante el software estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) y Excel. Así, se hizo uso de tablas de frecuencias, las cuales muestran de manera ordenada los datos obtenidos en la investigación y ayudan a dar respuesta a los objetivos específicos. Por su parte, también se hizo uso de una tabla cruzada que permitió observar la relación entre las dos variables, dando respuesta al objetivo principal.

5.8.4. Etapa 5:

De esta manera, con los resultados obtenidos se procedió a estructurar un programa de intervención psicoterapéutico que contribuyese a la población en su desarrollo integral. De esta forma, se cumplió el tercer objetivo planteado.

6. RESULTADOS

6.1. Nivel de gravedad del Covid-19 en los moradores del barrio Motupe

Tabla 1

Nivel de gravedad del Covid-19

	Frecuencia	Porcentaje %
Leve	41	50,6 %
Moderado	25	30,9 %
Grave	8	9,9 %
Crítico	7	8,6 %
Total	**81**	**100,0 %**

Nota: Datos del nivel de gravedad del Covid-19 obtenidos del Centro de Salud Universitario de Motupe. *Elaborado por:* Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda.

Con respecto al nivel de gravedad del Covid-19 en el barrio Motupe en la tabla 4., se observa que el 50,6% presentó un nivel de gravedad leve; el 30,9% manifestó un nivel de gravedad moderado; el 9,9% presentó niveles graves; y el 8,6% presentó un nivel de gravedad crítico.

6.2. Niveles de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los moradores del barrio Motupe

Tabla 2

Niveles de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

	Frecuencia	Porcentaje %
Sin manifestación clínica	42	51,9 %
Manifestación leve	27	33,3 %
Manifestación moderada	11	13,6 %
Manifestación severa	1	1,2 %
Total	**81**	**100,0 %**

Nota: Instrumento Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) aplicado en los moradores del barrio Motupe. *Elaborado por:* Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda.

En la tabla 5. se evidencia la manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el barrio Motupe, se observa que el 51,9% no posee manifestación clínica. Por su parte, el 33,3%

posee una manifestación leve del trastorno; el 13,6% una manifestación moderada; y solo el 1,2% presenta una manifestación severa.

6.3. Relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y Covid-19.

Tabla 3

Relación entre el nivel de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el nivel de gravedad del Covid-19.

			Nivel de manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo				
			Sin manifestación clínica	Manifestación leve	Manifestación moderada	Manifestación severa	**Total %**
Nivel de gravedad Covid-19	Leve	Recuento	36	5	0	0	41
		%	87,8%	12,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	Moderado	Recuento	5	13	6	1	25
		%	20,0%	52,0%	24,0%	4,0%	100,0%
	Grave	Recuento	1	7	0	0	8
		%	12,5%	87,5%	0,0%	0,0%	100,0%
	Crítico	Recuento	0	2	5	0	7
		%	0,0%	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%

Nota: Análisis de los datos mediante el programa IBM SPSS Statistics 25. *Elaborado por:* Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda.

En la tabla 6., se evidencia que del 100% de las personas que tuvieron un nivel leve de Covid-19 (41 casos); 36 casos (87,8%) no presentan manifestación clínica del Trastorno Obsesivo-Compulsivo; y 5 casos (12,2%) presentan manifestación leve del trastorno. Por otro lado, del 100% de las personas que padecieron un nivel moderado de Covid-19 (25 casos); 13 casos (52,0%) presentan manifestación leve del trastorno; 6 casos (24,0%) tienen manifestación moderada; 5 casos (20,0%) no presentan manifestación clínica; y 1 caso (4,0%) presenta manifestación severa. Por su parte, del 100% de casos que tuvieron niveles graves de Covid-19 (8 casos); 7 casos (87,5%) presentan manifestación leve del trastorno; y 1 caso (12,5%) no presenta manifestación clínica. Por último, del 100% de personas (7 casos); 5 casos (71,4%) presenta manifestación moderada del trastorno; y 2 casos (28,6%) posee manifestación leve del mismo.

Por su parte, también se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman obteniendo un $p<0,05$ lo que determina que si existe una relación entre las variables de estudio. De esta manera, la relación entre ambas variables es positiva tras obtener un valor de 0,732.

6.4. Diseño de un Programa de Intervención Psicoterapéutico para las personas que padecieron de Covid 19 y presentan sintomatología obsesiva-compulsiva

Tras el análisis de los resultados obtenidos en la investigación, se da cumplimiento al tercer objetivo específico con el diseño de un Programa de Intervención Psicoterapéutico para personas que padecieron de Covid 19 y presentan sintomatología obsesiva-compulsiva, por lo cual se formuló lo siguiente:

6.4.1. Título del programa de intervención

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO PARA PERSONAS QUE PRESENTAN SINTOMATOLOGÍA OBSESIVA-COMPULSIVA TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

6.4.2. Introducción

La presente propuesta de intervención se basa en un enfoque Cognitivo Conductual, la cual está orientada en disminuir las obsesiones (pensamientos intrusivos, recurrentes o perturbadores) y compulsiones (comportamientos repetitivos, rituales, etc.) de las personas que han presentado sintomatología obsesiva-compulsiva, brindando habilidades y estrategias para manejar y reducir los síntomas del trastorno. De esta forma, se busca contribuir al desarrollo integral de la población afectada y, por consiguiente, mejorar la calidad de vida de la misma.

Por lo tanto, contar con una adecuada organización es clave para el desenvolvimiento del programa ya que, de esta forma, se formulan los objetivos, se estructuran las sesiones y establecen las técnicas que se utilizarán en la intervención psicoterapéutica. El programa está dirigido a las personas que hayan padecido de Covid-19 y presenten sintomatología obsesiva-compulsiva.

6.4.3. Justificación

El presente programa de intervención está diseñado a partir de los resultados y necesidades obtenidas en la investigación con la finalidad de reducir las obsesiones y compulsiones presentes en la población. Según García *et al* (2021), el contexto de la pandemia produjo un aumento en la angustia, la sensación de vulnerabilidad y disminución en la

capacidad para afrontar las situaciones en las personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. De esta manera, tras los cambios que se produjeron en los estilos de vida de toda la población, la presencia del miedo producido por el contagio y la importancia de cumplir con las normas de bioseguridad, pudieron haber sido factores desencadenantes que influyeron en la manifestación del trastorno.

Por ello, las cifras obtenidas de personas que presentan sintomatología obsesiva-compulsiva en la investigación nos demuestran la importancia de plantear programas de intervención psicoterapéuticos para las personas que busquen ayuda y mejoría con los síntomas y, de esta manera, poder mejorar la calidad de vida en la comunidad afectada.

6.4.4. Objetivos

6.4.4.1. Objetivo General

- Disminuir la sintomatología obsesiva-compulsiva de las personas que padecieron Covid-19.

6.4.4.2. Objetivos Específicos

- Psicoeducar y orientar a la persona para una mejor comprensión del trastorno en busca de enfocar adecuadamente el proceso terapéutico y sus beneficios.
- Reconocer y ordenar las obsesiones y compulsiones que se presentan.
- Cuestionar las valoraciones que se tiene sobre los pensamientos obsesivos.
- Preparar al paciente para realizar la exposición con prevención de respuesta (EPR).
- Practicar y reducir la ansiedad provocada por las obsesiones mediante la exposición de respuesta
- Consolidar las estrategias aprendidas para enfrentar el trastorno.
- Observar los avances del paciente, por lo menos en una ocasión, luego de 3 meses concluido el programa.

6.4.5. Metodología

La presente propuesta de intervención psicoterapéutica posee un enfoque cognitivo-conductual y tiene como técnica principal la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), la cual pretende disminuir las obsesiones (pensamientos intrusivos, recurrentes o perturbadores) y compulsiones (comportamientos repetitivos, rituales, etc.) de las personas que

presentan sintomatología obsesiva-compulsiva, brindando habilidades y estrategias para manejar y reducir los síntomas del trastorno.

6.4.6. Planificación de las Sesiones

Programa de Intervención Individual:

- **Sesión 1:** Psicoeducación: ¡Toc-Toc! ¿Quién es?
- **Sesión 2:** Reconociendo y ordenando lo que pienso.
- **Sesión 3:** Cuestionando mis pensamientos.
- **Sesión 4:** Mis primeros pasos.
- **Sesión 5 a 20:** Practicando lo aprendido.
- **Sesión 21:** Preparado y listo.
- **Sesión 22:** Seguimiento.

Así, para la ejecución del programa de intervención psicoterapéutica, en las primeras sesiones se analizará el caso presentado y se procederá a trabajar en la relación terapéutica, el cual es un elemento fundamental para el proceso ya que ayuda a crear un clima adecuado para la participación, seguridad y colaboración del paciente. Además, se proporcionará información sobre el proceso que se llevará a cabo y se realizará un encuadre con respecto al tiempo, espacio, duración, marcos de confidencialidad que se tendrán y los objetivos que se pretenden alcanzar con el mismo.

Por su parte, en las siguientes sesiones se prevé que la persona identifique sus pensamientos obsesivos y se cuestione sobre los mismos, con el fin de comprender que estos son simples pensamientos como cualquier otros y no necesariamente definen sus acciones. Luego, se organizan los pensamientos que tiene el paciente y se ordena según el malestar que cada uno le produce para empezar a trabajar en la exposición con prevención de respuesta.

De esta forma, una vez establecida la jerarquización de los pensamientos, se comienza a brindar al paciente estrategias y técnicas para disminuir el malestar que estos le producen. Por consiguiente, se pone en práctica las técnicas adquiridas, enfrentando sus obsesiones y dejando de lado las compulsiones. Finalmente, en la última sesión se realiza una recapitulación de todo lo aprendido durante el proceso psicoterapéutico y se prepara para dar cierre al mismo, sin antes establecer sesiones de seguimiento para conocer la evolución del paciente durante las próximas semanas.

6.4.7. PLANIFICACIÓN DE LA TERAPIA INDIVIDUAL

6.4.7.1. Sesión 1

"Programa de intervención psicoterapéutico para personas que presentan sintomatología obsesiva-compulsiva tras la pandemia por Covid-19"				
Sesión 1: Psicoeducación: ¡Toc-Toc! ¿Quién es?		**Objetivo:** Psicoeducar y orientar a la persona para una mejor comprensión del trastorno en busca de enfocar adecuadamente el proceso terapéutico y sus beneficios.		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y presentación. - Alianza terapéutica. - Encuadre de sesiones. - Psicoeducación. - Tarea para la casa. - Cierre.	40-60 minutos	- Bienvenida y presentación al paciente. - Se empieza a trabajar en el rapport, puede abordar temas neutro o información que considere relevante: lugar y fecha de nacimiento, estudios, familia, intereses principales (pasatiempos, metas, gustos). Se debe motivar la participación del paciente. - Luego, se da apertura a la explicación del propósito y contenido del plan de intervención, además, establecimiento de acuerdos con respecto a la duración del proceso, horarios de asistencia y confidencialidad de la información que se manejará.	- Rapport. - Escucha activa. - Encuadre terapéutico. - Psicoeducación. - Hojas. - Lápices. - Autorregistro A.	- Psicólogo Clínico.

		- Posteriormente, mediante la psicoeducación, el terapeuta explicará acerca de los siguientes contenidos: • ¿Qué es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo? • Síntomas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo • Obsesiones y compulsiones • Tipos de obsesiones y compulsiones • ¿Tengo obsesiones y compulsiones? - Al terminar de abordar los contenidos, el terapeuta entregará una hoja de autorregistro al paciente y explicará cómo se la debe llenar. Durante el transcurso de la semana, el paciente deberá ir llenando la hoja de autorregistro la cual tiene los siguientes apartados: hora, lugar, pensamiento, conducta y frecuencia o duración. De esta manera, si en algún momento del día al paciente le viene un pensamiento obsesivo, este llenará el registro detallando el pensamiento, el comportamiento compulsivo que realizó para		

		calmar la ansiedad (en caso que lo haga) y la frecuencia en la que ocurrió durante el día o el tiempo que duró. - Finalmente, se da retroalimentación en relación a los aspectos tratados durante la sesión y se da un espacio para dar respuesta a las preguntas que le surjan al paciente al final. - Despedida y cierre de la sesión.		

6.4.7.2. Sesión 2

Sesión 2: Reconociendo y ordenando lo que pienso.		**Objetivo:** Reconocer y ordenar las obsesiones y compulsiones que se presentan.		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Alianza terapéutica. - Repaso. - Psicoeducación. - Mindfulness - Tarea para la casa. - Cierre.	40-60 minutos	- Saludo y bienvenida. - Se pregunta al paciente cómo le fue durante la semana, cómo se ha sentido y si tuvo problemas para llenar el autorregistro. Se realiza de la misma forma para las sesiones posteriores y se incentiva la participación del paciente para establecer la alianza terapéutica.	- Rapport. - Escucha activa. - Psicoeducación. - Mindfulness - Hojas. - Lápices. - Autorregistro A.	- Psicólogo Clínico.

		- Luego, se da repaso a los temas tratados la semana pasada y se revisa la hoja de registro que se envió para llenar. Se le pide al paciente que exponga la hoja y explique cada apartado que anotó durante la semana. - Se analiza las obsesiones y compulsiones y se procede a ordenar desde el pensamiento que causa menos malestar hasta los que causan mayor malestar. Se puede decir *"Muy bien, de la lista que realizó, ¿cuáles son los pensamientos que menos le causaron ansiedad? y ¿cuáles le causaron más ansiedad?"* De esta manera, se busca conocer cuáles son los pensamientos que más le causan malestar al paciente y poder empezar a trabajar con ellos para aliviar el malestar. - Una vez ordenados los pensamientos, se da apertura a la técnica del Mindfulness o atención plena (Williams & Penman, 2013), se explica qué es y para qué sirve, de esta manera, el paciente tendrá conocimiento de la importancia		

		de la técnica en la sesión. Se usa el Mindfulness con el objetivo de que el paciente tome una conciencia descentralizada de sus pensamientos, es decir, que se permita prestar atención a aquellos pensamientos en lugar de evitarlos. De esta manera, se busca la aceptación de estos mismos, en lugar de juzgarlos. Abrir paso al sentir, sin reaccionar y sin preocuparse o rumiar. Podemos guiarnos de los siguiente para la aplicación del Mindfulness: 1. **Designamos un objeto de atención:** Este objeto será el único estímulo en el que reposará nuestra atención, por ejemplo: la respiración. 2. **Enfocar la atención el objeto:** El objetivo es que el paciente sea espectador de lo que ocurre, no se trata de que respire diferente, sino que se concentre en las sensaciones que se producen al respirar (temperatura del aire, movimiento abdominal, sensación del		

		aire acumulándose en el pecho, etc.) Instrucción: *"Ahora bien, vamos a cerrar nuestros ojos y vamos a respirar como lo hacemos normalmente, intentaremos poner nuestra mente en blanco y solo centrar nuestra atención en la respiración, sintamos como ingresa el aire en nuestros pulmones, como nuestro pecho se llena del mismo y que sensaciones se producen en nuestro cuerpo".* 3. **Mantener la atención:** El paciente debe mantener la atención en su respiración lo mejor que pueda. Se le pide que observe todos los cambios que se producen en su cuerpo durante el proceso. 4. **Catalogar las distracciones:** Ahora, si empiezan a surgir pensamientos intrusivos se debe identificarlos. Al ocurrir esto, pedimos al paciente que identifique aquello que lo ha distraído y lo catalogue (estoy		

		pensando, soñando, doliendo, recordando, etc.). 5. **Redirigir la atención:** Una vez que el paciente ha identificado el objeto de distracción se le pedirá se redirija su atención al objeto principal que es su respiración. No se debe criticar, ni juzgar al paciente por haberse distraído. Debe intentar concentrarse nuevamente en la respiración, puede tomarle algunos intentos. *"Ahora bien, intenta centrar tu atención nuevamente en tu respiración, percibe esas sensaciones que te produce, no importa que no lo logres a la primera, inténtalo hasta lograrlo".* - Tras terminar con la sesión de Mindfulness, se plantea la siguiente tarea para la casa, en esta ocasión se le pide al paciente que realice un listado con las actividades que le parezcan agradables de realizar para él, por ejemplo, ver		

		la televisión, pasear al aire libre, leer un libro, comer, recibir visita, etc. - Por último, se da una recapitulación de lo realizado en la sesión y se da un espacio para responder a las preguntas que le surjan al paciente. - Despedida y cierre de la sesión.		

6.4.7.3. Sesión 3

Sesión 3: Cuestionando mis pensamientos.		**Objetivo:** Cuestionar las valoraciones que se tiene sobre los pensamientos obsesivos.		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Alianza terapéutica. - Repaso. - Psicoeducación. - Reestructuración Cognitiva.	40-60 minutos	- Saludo y bienvenida. - Se pregunta al paciente cómo le fue durante la semana, cómo se ha sentido y si ha habido novedades. Se lleva el mismo proceso que las sesiones anteriores. - Se inicia dando repaso a los temas tratados la semana pasada y se revisa la lista de las actividades agradables que ha propuesto. Se le	- Rapport. - Escucha activa. - Psicoeducación. - Reestructuración Cognitiva. - Técnica de 4 pasos de Schwartz para	- Psicólogo Clínico.

- Explicación de la técnica de 4 pasos de Schwartz. - Cierre.		pide al paciente que exponga la lista y explique el por qué eligió esas actividades. - Una vez revisada la lista de actividades se empezará a trabajar con las valoraciones erróneas que el paciente tiene sobre sus obsesiones y creencias disfuncionales mediante la reestructuración cognitiva de (Díaz *et al.*, 2012), la cual se empleará durante todo el proceso de intervención cada que aparezcan pensamiento distorsionados. Ejemplo: *"Si no me lavo las manos me voy a contagiar de Covid-19"*. Se explica al paciente las vías de contagio que existen para contraer Covid-19 que, si bien el lavado de manos es importante, el lavarse las manos con exceso ya es un problema. Además, se puede explicar que las vacunas disminuyen el riesgo de contraer la enfermedad y disminuyen la gravedad de los síntomas. - Por su parte, una vez terminado con los pensamientos obsesivos, se procede a analizar	pensamientos obsesivos. - Hojas. - Lápices. - Listado de actividades agradables.	

		los comportamientos compulsivos. Para ello, el terapeuta junto al paciente hará uso del listado de actividades agradables que él paciente trajo y, a su vez, van elaborando un listado de las conductas compulsivas y las posibles alternativas más adaptativas para estas. Ejemplo: Si luego de regresar de la calle, el paciente se lava las manos varias veces, durante mucho rato y hace uso de productos excesivos o dañinos (jabón, desinfectantes, cloro, detergentes, etc.), la conducta adaptativa podría ser que se lave las manos, pero solo con jabón una sola vez y durante un tiempo determinado (20 segundos). De esta manera, se busca alternativas para hacer frente a las conductas compulsivas. - Tras terminar con las compulsiones, se procede a explicar la técnica de Schwartz para los pensamientos obsesivo. Esta técnica tiene 4 pasos:		

		• **Reetiquetar:** El primer paso es identificar si el pensamiento que se está teniendo es un pensamiento obsesivo. Si se tiene dudas, el paciente debe fijar en lo siguiente: si el pensamiento es involuntario, aparece de manera intrusiva, si le genera dudas o malestar, si le genera ansiedad y si le provoca rechazo. Una vez identificado, el paciente debe decir *"Esto que estoy teniendo es un pensamiento obsesivo"*. • **Reasignar:** Una vez identificado, se le explica al paciente que debe desvincular ese pensamiento de él, es decir, que comprenda que el pensamiento es parte de un trastorno que hace que no pueda procesar bien la información. Lo idea es decirle "*Este pensamiento no soy yo, es el TOC".* • **Reenfocar:** Ahora, si bien se estamos cambiando la atribución de aquellos		

		pensamientos, las conductas no desaparecerán completamente. Por esto, es importante buscar alternativas, nuevas conductas para realizar. El objetivo es crear nuevas conexiones cerebrales practicando algo nuevo. En este caso, se le diría al paciente que repita *"Este pensamiento es producido por el TOC y no es real, por eso ha llegado la hora de ponerme a hacer otra cosa".* • **Reevaluar:** Una vez realizado los pasos anteriores, el paciente debe dejar de lado las compulsiones automáticas y dar otras más saludables. Los viejos hábitos son olvidados por el cerebro ya que son percibidos como "mentiras" o "distracciones", es decir, se revalorará los pensamientos y la ansiedad disminuirá poco a poco.		

		- Finalmente, se da retroalimentación en relación a los aspectos tratados durante la sesión y se da un espacio para dar respuesta a las preguntas que le surjan al paciente al final. - Despedida y cierre de la sesión.		

6.4.7.4. Sesión 4

Sesión 4: Mis primeros pasos.		**Objetivo:** Preparar al paciente para realizar la exposición con prevención de respuesta (EPR).		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Repaso. - Psicoeducación. - Exposición con prevención de respuesta (EPR) - Técnicas de respiración. - Técnica de relajación. - Tarea para la casa.	60-70 minutos	- Saludo y bienvenida. - Se lleva el mismo proceso que las sesiones anteriores. Cómo le ha ido durante la semana y cómo se ha sentido. Además, se da un pequeño repaso de los temas tratados en la sesión anterior. - Se da la explicación acerca de qué es la exposición con prevención de respuesta (EPR) (Vallejo, 2001)y se responderá cualquiera duda que surja del tema. La EPR es una técnica usada en la terapia Cognitivo-Conductual,	- Rapport. - Escucha activa. - Psicoeducación. - Exposición con prevención de respuesta (EPR). - Técnicas de respiración diafragmática. - Relajación progresiva.	- Psicólogo Clínico.

- Cierre.		consiste en enfrentar al paciente a situaciones de miedo o preocupación relacionados con sus obsesiones que le producen ansiedad, pero con el apoyo del terapeuta el cual ayuda a disminuir la ansiedad brindando estrategias al sujeto. En otras palabras, consiste en el enfrentamiento, deliberado o voluntario, al objeto o idea temida ya sea directa o a través de la imaginación. - Además, se anticipará la posible respuesta de ansiedad del paciente durante la exposición con prevención de respuesta con psicoeducación acerca de la ansiedad: • ¿Qué es la ansiedad? • ¿Cómo funciona la curva de ansiedad? (Exposición y habituación) • Herramientas para manejarla - Luego, se procede a enseñar la respiración diafragmática (García *et al.,* 2008), la cual es un tipo de respiración relajante, lenta, uniforme y profunda (se pueda hacer uso de contenido	- Videos - Hojas. - Lápices.	

		audiovisual para una mejor comprensión de la técnica). Se le pide al paciente lo siguiente: • Póngase en una posición cómoda, ya sea acostado boca arriba o sentado en una silla con respaldo. • Coloque una mano o ambas manos en el abdomen. • Respire lenta y profundamente por la nariz. El abdomen se debe levantar, pero la parte superior del pecho debe permanecer inmóvil y relajada. • Exhale lentamente por la boca con los labios fruncidos (como soplar una vela). A medida sale el aire, empuje lenta y suavemente el abdomen hacia la columna. • Repita el proceso hasta que su cuerpo se sienta relajado. - Ahora, se le enseñará al paciente la técnica de relajación progresiva (García *et al.*, 2008), la cual es una técnica que relaja los músculos del		

		cuerpo. Ayuda a reducir la tensión muscular y aliviar el estrés (se puede hacer uso de música o contenido audiovisual). Se le da las siguientes instrucciones al paciente: • Póngase cómodo, puede pararse, sentarse o acostarse. • Apriete los músculos de la cara haciendo muecas. Mantenga la tensión durante 5 a 10 segundos. • Luego, relaje los músculos de la cara por 10 a 20 segundos. Concéntrese en la tensión y la sensación al relajar los músculos. • Repita el tensar y relajar los músculos 2 o 3 veces antes de pasar a otro grupo de muscular. • Repita los primeros pasos con los diferentes grupos de músculos (manos, brazos, pecho, piernas, pies, etc.). - Se le pide al paciente que realice estas técnicas en casa, cada vez que se sienta estresado. De		

		esta manera, ira entrenándose y aliviándose en aquellas situaciones de estrés. - Para concluir, se da una retroalimentación en relación a los aspectos tratados durante la sesión y se da un espacio para dar respuesta a las preguntas que surjan. - Despedida y cierre de la sesión.		

6.4.7.5. Sesión 5 a la 20

Sesión 5 a 20: Practicando lo aprendido.		**Objetivo:** Practicar y reducir la ansiedad provocada por las obsesiones mediante la exposición de respuesta		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Alianza terapéutica. - Repaso. - Psicoeducación. - Exposición con prevención de respuesta (EPR)	60-70 minutos	- Saludo y bienvenida. - Se lleva el mismo proceso que las sesiones anteriores. Se puede preguntar sobre temas neutros o cómo le ha ido durante la semana y cómo se ha sentido. - Ahora, se procederá a explicar cómo se llevarán las sesiones de ahora en adelante. Primero, como se trabajó en la sesión 2, se hará uso del	- Rapport. - Escucha activa. - Psicoeducación. - Exposición con prevención de respuesta (EPR).	- Psicólogo Clínico.

- Técnicas de respiración. - Técnica de relajación. - Tarea para la casa. - Cierre.		autorregistro A comenzando con los pensamientos que le causen menos ansiedad y, a medida pasen las sesiones, se ira escalando hasta trabajar con las que causen mayor malestar. - Se realizará de manera gradual la EPR con cada pensamiento que le cause malestar al paciente, se comenzará cada sesión en un estado de relajamiento, para lo cual se hará uso de las técnicas de respiración y relajación que se habían enseñado previamente en la sesión 4. Luego, se expondrá al paciente a la situación o estimulo que le produzca malestar sin que este pueda realizar la conducta compulsiva. Se debe recordar que el paciente debe permanecer expuesto a la situación, sin escapar de ella, hasta que los niveles de ansiedad disminuyan gradualmente. (Prieto, 2021) - Cada pensamiento se trabajará en sesión y, también, el paciente puede practicarlos en la	- Técnicas de respiración diafragmática. - Relajación progresiva. - Hojas. - Lápices. - Autorregistro A. - Autorregistro B.	

		casa diariamente, de esta forma, se facilita la generalización de la conducta. - Es importante que el terapeuta sepa que la exposición no debe implicar un riesgo para el paciente, por lo que se deberán adaptar y hacer uso de conductas alternativas. Ejemplo: En el contexto del Covid-19, no se puede pedir al paciente que toque alguna superficie y luego se toque la cara, o que deje de usar la mascarilla en lugares donde el riesgo de contagio puede ser alto. - El tiempo empleado para cada sesión de EPR será de 60 minutos. - Luego, se entregará al paciente el autorregistro B y se explicará cómo se lo debe de llenar. Este autorregistro contendrá los siguientes apartados: hora, lugar, pensamiento, conducta, estrategia empleada y frecuencia o duración. Durante las próximas semanas y en lo que respecta de las sesiones, deberá llenar el registro y anotar que estrategia ha empleado		

		para sobrellevar los pensamientos obsesivos. Así, se tendrá evidencia de la evolución que tenga el paciente en el trascurso de las sesiones. - Para concluir, se da una retroalimentación en relación a los aspectos tratados durante la sesión y se da un espacio para dar respuesta a las preguntas que surjan. - Despedida y cierre de la sesión.		

6.4.7.6. Sesión 21

Sesión 21: Preparado y listo.		**Objetivo:** Consolidar las estrategias aprendidas para enfrentar el trastorno.		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Recapitulación - Encuadre - Espacio para aclarar dudas. - Cierre.	40-60 minutos	- Saludo y Bienvenida. - Se lleva el mismo proceso que las sesiones anteriores. Cómo le ha ido la semana, cómo se ha sentido y cómo lleva el autorregistro. Incentivar la participación. - Se realiza una recapitulación de todo lo aprendido a lo largo del proceso, validando y reforzando al paciente por la dedicación y	- Rapport. - Escucha activa. - Psicoeducación. - Hojas. - Lápices. - Autorregistro B.	- Psicólogo Clínico.

		esfuerzo empleado durante el proceso psicoterapéutico. - Se procede a revisar el autorregistro B, para observar la evolución que ha venido teniendo el paciente sobre sus obsesiones y compulsiones, se realiza reforzamiento positivo. Ejemplo: *"Desde que empezó podemos ver el avance que ha tenido para enfrentar sus obsesiones y compulsiones y el autorregistro es testigo de esto. Lo ha venido haciendo muy bien"* Esto con el objetivo de que el paciente tome conciencia de todo el trabajo que ha realizado y los beneficios que este le ha traído. - Además, se establecen los horarios para las sesiones de seguimiento, con el objetivo de que el paciente vaya dando cierre al proceso terapéutico. Así también, mantener un control sobre la evolución posterior del paciente y observar los resultados del proceso. - Por último, se da una retroalimentación en relación a los aspectos tratados durante todas		

		las sesiones y se da un espacio para dar respuesta a las preguntas que surjan. - Despedida y cierre del programa.		

6.4.7.7. Sesión 22

Sesión 22: Seguimiento		**Objetivo:** Observar los avances del paciente, por lo menos en una ocasión, luego de 3 meses concluido el programa.		
Actividades	**Duración**	**Procedimiento**	**Técnicas/materiales**	**Recursos humanos**
- Saludo y bienvenida. - Aplicación de reactivos - Cierre.	40-60 minutos	- Saludo y Bienvenida. - Se puede realizar preguntas de cómo le ha ido en el trascurso de los tres meses, temas neutrales, etc. - Se explica que se realizará la aplicación del reactivo Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Yacila Huaman *et al.,* 2016), para observar si la sintomatología obsesiva-compulsiva ha disminuido en gran parte. - Se da retroalimentación positiva por los resultados que se hayan obtenido durante este periodo.	- Rapport. - Escucha activa. - Cuestionario Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). - Reforzamiento positivo. - Hojas. - Lápices.	- Psicólogo Clínico.

		- Por su parte, se cuadra si se siguen las sesiones de seguimiento o se da por concluido todo el proceso psicoterapéutico. - Se realiza una recapitulación de todo lo aprendido a lo largo del proceso, validando y reforzando al paciente por la dedicación y esfuerzo empleado durante el proceso psicoterapéutico. - Por último, se agradece por el tiempo transcurrido durante los meses pasados y se da cierre al proceso terapéutico. - Despedida y cierre.		

7. DISCUSIÓN

En relación a los datos obtenidos en la presente investigación y con el fin de dar respuesta a la pregunta establecida, ¿Determinar si existe relación entre las personas que hayan padecido Covid-19 y la manifestación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en las mismas? Se puede contrastar la información obtenida en el estudio con la de varios autores que concuerdan con los resultados. Según López-Martínez y Serrano-Ibáñez (2021), ponen en manifiesto el impacto que ha tenido la enfermedad por Covid-19 sobre la salud mental de las personas en diversos países, dando constancia que esta enfermedad ha dado paso para la manifestación de diversos trastornos. Así también, Ji *et al.* (2020) destaca que la presencia del virus influyó en el ambiente, causando miedo y preocupación en la población global, manifestándose con la aparición de posible sintomatología obsesiva-compulsiva durante este periodo. De esta manera, los datos obtenidos en la investigación al igual que la literatura corroboran que la enfermedad por Covid-19 ha dado paso a la manifestación de trastornos que están afectando a la población, como lo es el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Por su parte, Zheng *et al.* (2020) comprobó que del 100% de su población de estudio, el 20% padecía del Trastorno Obsesivo-Compulsivo tras haber finalizado el confinamiento. De igual manera, Sharma *et al.* (2021) expone que el 6% de la población de estudio presentó mayor sintomatología obsesiva-compulsiva sobre la temática de Covid-19. Además, tras una revisión bibliográfica se evidenció una modificación en la sintomatología propia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, tanto en persona diagnosticadas con el trastorno como en población sin diagnóstico (Salado, 2021). Así, en la presente investigación se evidencia que parte de la población de estudio presenta sintomatología obsesiva-compulsiva tras la pandemia, encontrando niveles de manifestación significativos.

En un estudio realizado por Abba-Aji *et al.* (2020)en el que resalta la relación existente de los altos niveles de estrés y la manifestación de sintomatología perteneciente al Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Así también, Khosravani *et al*. (2021) concuerda al observar que el estrés tras la pandemia ha dado paso al aumento de los síntomas y gravedad presentes en personas con trastorno obsesivo-compulsivo y, a su vez, deja en manifiesto que los síntomas pudieran exacerbarse en poblaciones no clínicas y otras clínicas. De esta forma, se observa que guarda coherencia y semejanza con respecto al presente estudio, ya que debido a la pandemia vivida en la población los síntomas de este trastorno se agudizan causando malestar en la misma.

8. CONCLUSIONES

En el trabajo de investigación se determinó la relación entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y el Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, en el cual se encontró que dependiendo de la exposición que tuvieron los sujetos a la enfermedad por Covid-19, las manifestaciones del Trastorno Obsesivo-Compulsivo eran mayores en el sujeto. De esta manera, se evidencia la influencia de la enfermedad sobre la presencia del trastorno.

Por su parte, se pudo identificar el nivel de gravedad de la enfermedad por Covid-19 en los habitantes del barrio a través de los registros médicos proporcionados por el Centro de Salud Universitario de Motupe, observando que más de la mitad de la población de estudio padeció de Covid-19 en un nivel leve, mientras que el resto reflejaba haber presentado la enfermedad con mayor intensidad, como lo son moderado, grave y crítico.

Así mismo, se logró medir la presencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en los moradores del barrio Motupe utilizando el instrumento Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), mostrando por una parte que, la mitad de la población no tuvo manifestaciones clínicas del trastorno, mientras que la otra mitad si presenta sintomatología en diversas intensidades, siendo mayor la manifestación leve.

Por último, se diseñó un programa de intervención psicoterapéutico en personas que padecieron de Covid-19 y presentan sintomatología obsesiva-compulsiva, el cual está orientado en disminuir las obsesiones y compulsiones de estas personas, brindando habilidades y estrategias para manejar y reducir los síntomas del trastorno.

9. RECOMENDACIONES

Es importante mantener investigaciones más detalladas acerca del tema de investigación ya que dentro de nuestro país no existen estudios al respecto. De esta manera, al conocer el panorama de nuestra población con los datos que se obtengan, se podría implementar medidas y buscar formas para abordar el problema.

Se recomienda fomentar programas de promoción y prevención, con la finalidad de educar a la población y brindarles estrategias para que puedan afrontar el problema, ya que todo el mundo se ha visto expuesto a la enfermedad por Covid-19. De esta manera, se podrá prevenir la exacerbación del trastorno en la comunidad.

Se recomienda replicar la investigación con un mayor número de participantes y hacer uso de mínimo dos instrumentos de evaluación para realizar el estudio ya que, de esta manera, se podrá obtener un mayor número de datos que ayuden a una mejor comprensión de la problemática.

10. BIBLIOGRAFÍA

Abba-Aji, A., Li, D., Hrabok, M., Shalaby, R., Gusnowski, A., Vuong, W., Surood, S., Nkire, N., Li, X.-M., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. I. O. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health: Prevalence and Correlates of New-Onset Obsessive-Compulsive Symptoms in a Canadian Province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 6986. https://doi.org/10.3390/ijerph17196986

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, *27*(4), 485–652. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789496800451

Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 394–398. https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.394

Alvarenga, P., Mastrorosa, R., & Rosário, M. (2017). Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Niño y el Adolescente. En L. Revert, M. Irarrázaval, & A. Martín (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/ccc5a2321a6a0d2ea8064c9e716227b9a25055a7/F.3-OCD-Spanish-2018.pdf

Arroyo, N., Bobadilla, I., Bravo, M., Garcia, B., Jiménez, G., de Matteis, M., & Úbeda, J. (2018). *GUÍA DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*. Cibersam. https://aepnya.es/wp-content/uploads/2019/02/TOC_LIBRO_OK_DL.pdf

Asencio, S. M. (2018). *Identidad taxonómica del Trastorno Obsesivo Compulsivo de Contaminación-Limpieza.* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Autónoma de Madrid]. https://www.researchgate.net/profile/Santiago-Martin-Asencio/publication/340630012_Identidad_taxonomica_del_trastorno_obsesivo_compulsivo_de_contaminacion-limpieza_Trabajo_Fin_de_Grado/links/5e95e1154585150839db2865/Identidad-taxonomica-del-trastorno-obsesivo-compulsivo-de-contaminacion-limpieza-Trabajo-Fin-de-Grado.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana. https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Anxiety-and-Its-Disorders/David-Barlow/9781593850289

Behobi, W. A., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2013). Psicoterapia cognitiva individual del TOC. *Salud Mental*, *36*(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000400010

Berrío, N., & Luciano, D. (2017). Instrumentos de evaluación del trastorno obsesivo compulsivo: Revisión. *Revista Poiésis*, *32*, 101–115. https://pdfs.semanticscholar.org/87fa/e369577d123ff8d3e9e4b0b7533a326248d0.pdf

Botella, C., & Robert, C. (2009). El trastorno obsesivo-compulsivo. En C. Sánchez (Ed.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 150–167). McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA. http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1248.%20Manual%20de%20psicopatolog%C3%ADa.%20Vol.%202.pdf

Caballo, V., Salazar, I., & Carrobles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2a ed.). Pirámide. https://www.researchgate.net/publication/267335717_Manual_de_psicopatologia_y_trastornos_psicologicos_2_edicion_Handbook_of_psychopatology_and_psychological_disorders_2nd_edition

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, *81*(5), 311–318. https://doi.org/10.1037/h0036473

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, a Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, Organización Internacional del Trabajo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud, Programa de las Naciones Unidas

para el Desarrollo, & Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe. (2020). El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva. En *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf

Cruzado, J. (2014). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2a ed., pp. 246–268). Pirámide. https://www.researchgate.net/publication/267335717_Manual_de_psicopatologia_y_trastornos_psicologicos_2_edicion_Handbook_of_psychopatology_and_psychological_disorders_2nd_edition

Dávila, W. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno obsesivo-compulsivo. *Norte de Salud Mental*, *12*(49), 58–64. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830460

de la Cruz, N. (2018). Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Revista Médica Sinergia*, *3*(11), 14–18. https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms1811c.pdf

Díaz, M., Ruiz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas y Terapias Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer. https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433029508.pdf

Echeburúa, E., Muñoz, J. M., & Loinaz, I. (2011). La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *11*(1), 141–159. https://www.redalyc.org/pdf/337/33715423009.pdf

Enríquez, A., & Sáenz, C. (2021). *Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf

Fernández-Montes, I., & García, S. (2019a). TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA ADOLESCENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, *7*(1), 39–61. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323082

Fernández-Montes, I., & García, S. (2019b). Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, *7*(1), 39–61. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323082

García Grau, E., Fusté Escolano, A., & Bados López, A. (2008). *MANUAL DE ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN*. Universidad de Barcelona. http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/3941

Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, *24*(3), 578–594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578

Ji, G., Wei, W., Yue, K.-C., Li, H., Shi, L.-J., Ma, J.-D., He, C.-Y., Zhou, S.-S., Zhao, Z., Lou, T., Cheng, J., Yang, S.-C., & Hu, X.-Z. (2020). Effects of the COVID-19 Pandemic on Obsessive-Compulsive Symptoms Among University Students: Prospective Cohort Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), e21915. https://doi.org/10.2196/21915

Khosravani, V., Aardema, F., Samimi Ardestani, S. M., & Sharifi Bastan, F. (2021). The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *29*, 100626. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100626

López-Martínez, A. E., & Serrano-Ibáñez, E. R. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental. *Escritos de Psicología*, *14*(2), 48–50. https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13935

Lozano, L., Fernández, P., Lozoya, S., & del Yerro- Álvarez, M. (2020). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) de inicio tardío. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *48*(1), 36–46. https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/22/123/ESP/22-123-ESP-36-46-759188.pdf

Martínez, B. (2002). Subtipos de trastorno obsesivo-compulsivo, características diferenciales de los obsesivos puros y asociación con síntomas de ansiedad, depresión y preocupaciones. *Clínica y Salud*, *13*(2), 207–231. https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618085005.pdf

Mendoza, I. M. (2020). *TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL: ACTUALIDAD, TECNOLOGÍA* [Trabajo de titulación de licenciado en Psicología, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8907/Terapia_MendozaFernandez_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mowrer, O. H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, *58*(5), 350–354. https://doi.org/10.1037/h0058956

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Editorial Médica Panamericana. https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA FRENTE A LA COVID-19*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Coronavirus*. https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2020c). *Manejo clínico de la COVID-19. Orientaciones provisionales 27 de mayo de 2020*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Información básica sobre la COVID-19*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19

Prieto Miguel, R. M. (2021). *Propuesta de programa de intervención en adultos con sintomatología obsesivo-compulsiva (subtipo contaminación y limpieza) durante la pandemia COVID-19* [Trabajo de fin de Master, Universidad de Alcalá]. https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/47834

Quiroga, L. (2018). *Entrevista clínica y psicometría* (2a ed.). Gedisa. https://books.google.com.ec/books?id=eyi4DwAAQBAJ&pg=PA14&dq=Quiroga+2018+entrevista+clinica+y+psicometr%C3%ADa&hl=es-

419&sa=X&ved=2ahUKEwir1YHugOv3AhWQtoQIHXqZAdEQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Quiroga%202018%20entrevista%20clinica%20y%20psicometr%C3%ADa&f=false

Raony, Í., de Figueiredo, C. S., Pandolfo, P., Giestal-de-Araujo, E., Oliveira-Silva Bomfim, P., & Savino, W. (2020). Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Frontiers in Immunology*, *11*. https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01170

Ríos, N. E., Fernández, R. M., & Jorge, E. (2005). Los registros médicos en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, *31*(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000400013&script=sci_arttext&tlng=pt

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Mon, M. A. Á. de, & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, *13*(23), 1285–1296. https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010

Rosa-Alcázar, Á., García-Hernández, M. D., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Murillo, S., & Rosa-Alcázar, A. I. (2021). Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *21*(2), 100223. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100223

Ruíz, Á., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer. http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1286.%20Mamual%20de%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20cognitivo%20conductuales.pdf

Salado, A. (2021). *TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA* [Trabajo de fin de Grado, Universidad de Almería]. http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/13365/SALADO%20NORIEGA%2C%20ANA%20BELEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(5), 571–583. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4051930/

Sharma, L. P., Balachander, S., Thamby, A., Bhattacharya, M., Kishore, C., Shanbhag, V., Sekharan, J. T., Narayanaswamy, J. C., Arumugham, S. S., & Reddy, J. Y. C. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on the Short-Term Course of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *209*(4), 256–264. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001318

Shinmei, I., Kanie, A., Kobayashi, Y., Nakayama, N., Takagishi, Y., Iijima, S., Takebayashi, Y., & Horikoshi, M. (2017). Pilot study of exposure and response prevention for Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *15*, 19–26. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.08.002

Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J., & Tian, C. (2020). Psychological symptoms of ordinary Chinese citizens based on SCL-90 during the level I emergency response to COVID-19. *Psychiatry Research*, *288*, 112992. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(4), 317–320. https://doi.org/10.1177/0020764020915212

Ulloa, R. E., Palacios, L., & Sauer, T. (2011). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: una revisión del tratamiento. *Salud Mental*, *34*, 415–420. https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2011/sam115c.pdf

Valaer, Á. (2015). *Abordaje clínico y tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. PUBLICIA.

Vallejo, J., Segalàs, J., & Alonso, P. (2015). Trastornos obsesivos. En *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8a ed., pp. 195–214). Elsevier-Masson. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6197796

Vallejo, M. Á. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, *13*(3). https://www.redalyc.org/pdf/727/72713307.pdf

Vílchez, M., & Orozco, M. T. (2015). Aplicación de la terapia cognitivo–conductual en un caso de trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de Casos Clínicos En Salud Mental*, *3*(1), 79–100. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5912892

Williams, M., & Penman, D. (2013). *Mindfulness. Guía práctica para encontrar la paz en un mundo frenético*. Paidós. https://budismolibre.org/docs/libros_budistas/Mark_Williams_Danny_Penman_Mindfulness.pdf

Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, *7*(3), 228–229. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8

Yacila Huaman, A. G., Cook-del Aguila, L., Sanchez-Castro, A. E., Reyes-Bossio, M., & Tejada, R. A. (2016). Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *Acta Médica Peruana*, *33*(3), 253–255.

Zheng, Y., Xiao, L., Xie, Y., Wang, H., & Wang, G. (2020). Prevalence and Characteristics of Obsessive-Compulsive Disorder Among Urban Residents in Wuhan During the Stage of Regular Control of Coronavirus Disease-19 Epidemic. *Frontiers in Psychiatry*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.594167

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Escala de obsesión compulsión de Yale-Brown

Apellidos y nombres: _____ Edad:

Instrucción: _____ Sexo: M ( ) F ( )

Instrucciones

A continuación, encontrará una serie de 10 enunciados relacionados con pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos. Por lo tanto, lea atentamente cada enunciado y conteste según estime conveniente y se adapte mejor a su situación, las respuestas van de 0 a 4 puntos, cabe recalcar que no existen respuestas correctas o incorrectas. Recuerde contestar todas las preguntas. Gracias.

Encierre en un círculo su respuesta:

1. **¿Qué parte de su tiempo lo ocupa en pensamientos persistentes/obsesivos?**
    - **0** = ninguna.
    - **1** = menos de 1 hora al día (aparición ocasional).
    - **2** = 1 a 3 horas al día (frecuente).
    - **3** = De 3 a 8 horas al día (aparición muy frecuente recuente).
    - **4** = Más de 8 horas al día (aparición casi constante).
2. **¿Cuánto interfieren los pensamientos persistentes/obsesivos en sus funciones sociales, laborales, académicas, entre otras?**
    - **0** = ninguna.
    - **1** = pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
    - **2** = Hay interferencia definitiva, pero manejable.
    - **3** = Impedimento substancial.
    - **4** = Interferencia extrema, incapacitante.
3. **¿Cuánta angustia le causa sus pensamientos persistentes/obsesivos?**
    - **0** = ninguna.
    - **1** = Ligera, no muy perturbadores.
    - **2** = Moderada, perturban, pero es manejable.
    - **3** = Severa, muy perturbadores.

- **4** = Extrema, angustia incapacitante.

4. **¿Cuánto esfuerzo haces para resistir los pensamientos persistentes/obsesivos?**
    - **0** = no necesita resistir.
    - **1** = Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
    - **2** = Hace algún esfuerzo de resistir.
    - **3** = Cede a todos esos pensamientos persistentes.
    - **4** = Cede completa y voluntariamente a todos los pensamientos persistentes.
5. **¿Cuánto control tienes sobre tus pensamientos persistentes/obsesivos? ¿Qué tan exitoso es usted para detener o desviar estos pensamientos?**
    - **0** = Control completo.
    - **1** = Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes con algo de esfuerzo y concentración.
    - **2** = Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estos pensamientos persistentes.
    - **3** = Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener los pensamientos persistentes.
    - **4** = Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención.
6. **¿Cuánto tiempo dedica a realizar conductas repetitivas/compulsivas?**
    - **0** = ninguna
    - **1** = menos de 1 hora al día (aparición ocasional)
    - **2** = 1 a 3 horas al día (frecuente)
    - **3** = De 3 a 8 horas al día (aparición muy frecuente recuente)
    - **4** = Más de 8 horas al día (aparición casi constante)
7. **¿Cuánto interfieren las conductas repetitivas/compulsivas en sus funciones sociales, laborales, académicas, entre otras?**
    - **0** = ninguna.
    - **1** = pequeña interferencia, pero no hay impedimento.
    - **2** = Hay interferencia definitiva, pero manejable.
    - **3** = Impedimento substancial.
    - **4** = Interferencia extrema, incapacitante.
8. **¿Cómo se sentiría si le impidieran realizar sus conductas repetitivas/compulsivas? ¿Qué tan ansioso te volverías?**
    - **0** = Sin ansiedad.

- **1** = Sólo ligeramente ansioso.
- **2** = Poca ansiedad, pero manejable.
- **3** = Ansiedad prominente y perturbadora.
- **4** = Extrema, ansiedad incapacitante.

9. ¿Cuánto esfuerzo realizas para resistir estas conductas repetitivas/compulsivas?

- **0** = no necesita resistir.
- **1** = Trata de resistir la mayor parte del tiempo.
- **2** = Hace algún esfuerzo de resistir.
- **3** = Cede a todos esos pensamientos persistentes.
- **4** = Cede completa y voluntariamente a todas las conductas repetitivas.

10. ¿Cuánto control tienes sobre sus conductas repetitivas/compulsivas?

- **0** = Control completo.
- **1** = Mucho control, usualmente capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas con algo de esfuerzo y concentración.
- **2** = Control moderado, algunas veces es capaz de detener o desviar estas conductas repetitivas.
- **3** = Poco control, muy rara vez tiene éxito en detener las conductas repetitivas.
- **4** = Ningún control, rara vez capaz de desviar aún por un momento la atención.

11.2. Anexo 2. Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Facultad de la Salud Humana

Psicología Clínica

Consentimiento Informado

Yo, _____, de cédula_____, autorizo mi participación en la investigación **Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el barrio Motupe tras la pandemia por Covid-19, período 2022**, conducido por Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja. De esta manera, acepto participar voluntariamente en la investigación y doy constancia de haber sido informado a cerca del tema de investigación. Además, se me ha informado que la información recolectada durante el proceso será estrictamente de uso confidencial y no será en ningún propósito fuera de los estudios sin mi consentimiento. También, he sido informado/a que puedo hacer preguntas sobre el proyecto de investigación en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando yo lo decida sin carecer de perjuicio alguno hacia mi persona.

Fecha: _____

_____

Firma del participante

11.3. Anexo 3. Autorregistro A.

Nombre: Fecha de inicio:

Hora	Lugar	Pensamiento	Conducta	Frecuencia/Duración

11.4. Anexo 3. Autorregistro B.

Nombre: Fecha de inicio:

Hora	Lugar	Pensamiento	Conducta	Estrategia	Frecuencia/Duración

11.5. Anexo 4. Evidencia Fotográfica.

Nota: Visita al barrio Motupe

Nota: Visitas domiciliarias

Nota: Aplicación del reactivo Y-BOCS

Nota: Calificando los reactivos

11.6. Anexo 5. Certificado del Abstract.

FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **"Trastorno Obsesivo- Compulsivo y Covid-19 en los moradores del barrio Motupe, periodo 2022"** autoría del señor **Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda** con número de cédula **1900895799**, egresado de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 15 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE
Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

11.7. Anexo 6. Informe de Estructura y coherencia del proyecto.

Oficio. No. 287- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 02 de junio de 2022

Señor.
Gilmar Alexander Llivigañay Suquilanda.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **"TRASTORNO OBSESIVOCOMPULSIVO Y COVID-19 EN LOS MORADORES DEL BARRIO MOTUPE, PERÍODO 2022"**, de su autoría; el mismo fue emitido por la BqF. Gabriela Alexandra Merino Peralta, Docente responsable.
.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Expediente académico
Archivo
APA/tsc