



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RELACIÓN CON
LA SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciado en Psicología Clínica

Autor: Aldaz Toaza, Abner Jacob

Tutor: Psi. Cl. Mg. Mena Freire, Marco Antonio

Ambato – Ecuador

Septiembre 2022

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Proyecto de investigación con el tema: “COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RELACIÓN CON LA SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS”, de Aldaz Toaza Abner Jacob estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2022

EL TUTOR



Firmado electrónicamente por:

**MARCO ANTONIO
MENA FREIRE**

.....

Psi. Cl. Mg. Mena Freire, Marco Antonio

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RELACIÓN CON LA SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2022

EL AUTOR



.....
Aldaz Toaza Abner Jacob

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación un documento de acceso libre disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimonial mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando los derechos de autor.

Ambato, Septiembre de 2022

EL AUTOR



.....
Aldaz Toaza Abner Jacob

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador Aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RELACIÓN CON LA SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS”, de Aldaz Toaza Abner Jacob, estudiante de la carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Septiembre de 2022

Para constancia firman

.....

Presidenta

.....

Primer vocal

.....

Segundo vocal

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico a mis padres Carlos y Beatriz, quienes, inculcaron en mí valores como la paciencia y constancia, mismos que me acompañaron durante mi vida universitaria. Gracias por brindarme un amor incondicional y por todo el esfuerzo que cada día dieron por mí.

A mi hermana Karen y mis hermanos Alexis y Andrés por ser un pilar fundamental de apoyo y cariño en mi vida.

A mi amiga Emilka por creer en mi potencial y ser una persona incondicional

A mí por aprender de mis errores y no vanagloriarme de mis triunfos, por demostrarme que puedo culminar lo que inicio y por demostrarme que todo esfuerzo y lucha cumplen con un propósito.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, hermana, hermanos, familiares y amigos cercanos por ser el soporte en mi diario vivir y ser los pilares principales de mi formación personal.

Un agradecimiento sincero a todo el personal docente que conforma la carrera de Psicología Clínica por su tiempo y enseñanzas.

A mis compañeros/as con quienes iniciamos este recorrido, gracias por las experiencias y sus aportes tanto dentro como fuera del aula

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Contextualización	2
1.2. Definición de variables	4
1.3. Antecedentes investigativos	5
1.4. Fundamentación teórica	12
1.4.1. Trastornos mentales	12
1.4.1.1. Trastorno Obsesivo Compulsivo	12
1.4.1.2. Comportamiento Obsesivo Compulsivo.....	13
Obsesiones.....	13
Tipos de obsesiones	14
Compulsiones	15
Tipos de compulsiones.....	15
Historia.....	16
1.4.1.3. Criterios Diagnósticos	16
Trastorno Obsesivo Compulsivo según los Criterios Diagnósticos del DSM-V	16
Criterios CIE-10 para el Diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo	17
1.4.1.4. Causas del Comportamiento Obsesivo Compulsivo	18
1.4.1.5. Tratamiento	18

Tratamiento Cognitivo Conductual	
Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)	18
1.4.2. Soledad	19
1.4.2.1. Tipos de soledad.....	19
La soledad por aislamiento emocional.....	19
La soledad por aislamiento social.....	19
1.4.2.2. La Soledad Social.....	19
1.4.2.3. La soledad en las etapas de la vida.....	20
La soledad en la niñez.....	20
La soledad en la adolescencia	20
La soledad en la adultez	20
La soledad en la vejez	21
1.4.2.4. La soledad en la psicología.....	21
1.4.2.5. Tratamiento.....	22
Tratamiento Cognitivo Conductual	22
1.5. Objetivos	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	23
CAPÍTULO II.....	24
METODOLOGÍA.....	24
2.1. Materiales.....	24
2.1.1. Escala ESTE II de Soledad Social	24
2.1.2. Test OCI – R.....	25
2.2. Métodos.....	27
2.2.1. Tipo de Investigación	27
2.2.2. Matriz de operacionalización de variables	28
2.2.3. Selección del área o ámbito de estudio	29
2.2.4. Población	29
Criterios de inclusión	29
Criterios de exclusión	29
2.2.5. Pregunta de investigación.....	29
2.2.6. Hipótesis	29

Hipótesis de investigación.....	
Hipótesis nula	30
2.2.7. Descripción y procedimiento para la recolección de información.....	30
2.2.8. Aspectos éticos.....	30
CAPÍTULO III	31
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
3.1. Análisis y discusión de los resultados	31
Población total.....	31
Prueba de Normalidad.....	31
3.1.1. Dimensiones OCI - R.....	32
3.1.2. Niveles de Soledad Social	33
3.1.3. Comportamientos obsesivos compulsivos y nivel de soledad social según el sexo.	35
3.1.4. Correlación de dimensiones de comportamiento obsesivo compulsivo y niveles de soledad social	40
3.2. Verificación de hipótesis.....	41
CAPÍTULO IV	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
4.1. Conclusiones	42
4.2. Recomendaciones	43
MATERIALES DE REFERENCIA	44
Referencias bibliográficas	44
Anexos	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 "Escala de Soledad Social: ESTE II"	25
Tabla 2 "Test OCI - R"	27
Tabla 3 Variables: Comportamiento Obsesivo Compulsivo y Soledad Social	28
Tabla 4 Población total de acuerdo al sexo de los participantes.....	31
Tabla 5 Prueba de Normalidad	31
Tabla 6 Dimensiones OCI - R	32
Tabla 7 Niveles de Soledad Social.....	33
Tabla 8 Tabla de contingencia Dimensiones OCI R * Sexo	35
Tabla 9 Pruebas Chi-cuadrado "Dimensiones OCI R * Sexo"	36
Tabla 10 Tabla de contingencia Niveles de soledad social * Sexo	37
Tabla 11 Pruebas de Chi-cuadrado "Niveles de soledad social * Sexo"	38
Tabla 12 Correlación de dimensiones de comportamiento obsesivo compulsivo y niveles de soledad social	40

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO Y SU RELACIÓN CON
LA SOLEDAD SOCIAL EN ADULTOS”**

Autor: Aldaz Toaza, Abner Jacob

Tutor: Psi. Cl. Mg. Mena Freire, Marco Antonio

RESUMEN

La presente investigación se realizó en la Universidad Técnica de Ambato y tuvo por objetivo el identificar la relación entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en adultos. La investigación fue de tipo correlacional y corte transversal, se tuvo la participación de 312 estudiantes tanto hombres como mujeres de la carrera de Psicología Clínica perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud. Para determinar la presencia de comportamiento obsesivo compulsivo en la población ya mencionada, se empleó el Test de Obsesiones Compulsiones – Revisado (OCI – R), la cual permite identificar la ausencia de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), rasgos de TOC y presencia de TOC, de igual forma se utilizó la Escala de Soledad Social (ESTE II), para identificar el nivel de soledad social presente en los participantes.

El análisis de los datos obtenidos se lo hizo mediante el paquete estadístico SPSS, con el cual a través de la prueba de correlación de Spearman se identificó la existencia de relación entre el Comportamiento Obsesivo Compulsivo con la Soledad Social en los participantes. En cuanto a la Test OCI – R, los resultados demostraron que del 100% de los participantes el 49,7% presentaba comportamiento obsesivo compulsivo, mientras que en relación a la Escala ESTE II, se estableció que el nivel predominante de soledad social fue el nivel bajo con un 52,9% del total de la población. Además, en base a una comparativa de las variables de investigación con el sexo de los participantes, se determinó mediante la prueba de Chi – cuadrado la ausencia de relación entre ambas.

**PALABRAS CLAVE: COMPORTAMIENTO OBSESIVO COMPULSIVO,
SOLEDAD SOCIAL, ADULTOS.**

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

BACHELOR'S DEGREE IN CLINICAL PSYCHOLOGY

**"OBSESSIVE COMPULSIVE BEHAVIOR AND ITS RELATIONSHIP WITH
SOCIAL LONELINESS IN ADULTS"**

Author: Aldaz Toaza, Abner Jacob

Tutor: Psi. Cl. Mg. Mena Freire, Marco Antonio

ABSTRACT

This research was conducted at the Technical University of Ambato and its objective was to identify the relationship between obsessive-compulsive behavior and social loneliness in adults. The research was correlational and cross-sectional, with the participation of 312 students, both men and women, of the Clinical Psychology career belonging to the Faculty of Health Sciences. To determine the presence of obsessive-compulsive behavior in the aforementioned population, the Obsessive Compulsions Test - Revised (OCI - R) was used to identify the absence of Obsessive Compulsive Disorder (OCD), OCD traits and the presence of OCD, and the Social Loneliness Scale (ESTE II) was used to identify the level of social loneliness present in the participants.

The analysis of the data obtained was done using the SPSS statistical package, with which, through Spearman's correlation test, the existence of a relationship between Obsessive Compulsive Behavior and Social Loneliness in the participants was identified. Regarding the OCI - R Test, the results showed that 49.7% of the 100% of the participants presented obsessive compulsive behavior, while in relation to the ESTE II Scale, it was established that the predominant level of social loneliness was the low level with 52.9% of the total population. In addition, based on a comparison of the research variables with the sex of the participants, the Chi-square test was used to determine the absence of a relationship between the two.

KEYWORDS: OBSESSIVE-COMPULSIVE BEHAVIOR, SOCIAL LONELINESS, ADULTS.

INTRODUCCION

El comportamiento obsesivo compulsivo se rige en base a la presencia de pensamientos indeseados y reacciones cuyo objetivo es el neutralizar dichos pensamientos, por lo cual este comportamiento ha sido concebido en varias ocasiones y por varios autores desde diferentes posturas como un sinónimo del TOC, sin embargo, de acuerdo a la Beyond OCD (2007), esta suele ser citada como rasgo del Trastorno mas no como su equivalente. Teniendo en cuenta esta premisa se resalta la importancia de abordar a las obsesiones y compulsiones dentro del entorno social de hoy en día, en el que la presencia del TOC puede llegar a limitar el desenvolvimiento normal de la persona en su entorno y se ve al comportamiento obsesivo compulsivo como una arista de dicha problemática.

La soledad suele encontrarse estrechamente vinculada a la subjetividad de las etapas del desarrollo del ser humano, en donde se destaca que dentro de la edad adulta puede llegar a percibirse esta condición como un factor poco gratificante e incluso llegar al punto de catalogarse como un sentimiento doloroso capaz generar en el adulto una mayor tendencia a la presencia de problemas emocionales y psíquicos como la depresión, mismo que puede llegar a agudizarse con la edad de la persona, afecciones en la calidad de vida o perdidas personales (Cardona, Villamil, Villa, & Quintero, 2011)

El interés de este trabajo surge de la premisa que contempla la personalidad y características comportamentales de la persona, su historia, relaciones interpersonales, entre otros factores como los desencadenantes de un desenvolvimiento optimo en su entorno social. Es por esta razón que el presente estudio busca identificar la relación entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en adultos; al mismo tiempo busca determinar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos en la población mencionada y el nivel de soledad social predominante para de esta formar desarrollar una comparación mediante el género de los participantes. Los resultados aportaran en la fundamentación teórica de las variables de estudio dentro de la población adulta presentada.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Contextualización

De acuerdo con el Banco Mundial (2021), señala que la población total hasta el año 2020 fue de aproximadamente 7.76 mil millones de personas a escala mundial de las cuales, cerca del 25,482% correspondió a personas cuyo rango de edad estaban dentro de los 0 a 14 años, el 65,197% fue representativo para aquellos dentro del rango de edad de los 15 a 64 años y el 9,321% correspondió a la población con una edad de 65 años en adelante, los cuales son catalogados como adultos mayores.

Dar a conocer esta premisa resulta fundamental dentro de la contextualización del comportamiento obsesivo compulsivo; ya que de acuerdo con De la Cruz (2018), a escala mundial existe una prevalencia de rasgos y trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en un rango del 2 a 4% dentro de la población infantil y alrededor de un 2 a 3% en cuanto a la población adulta y abordando su importancia por ser mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la décima enfermedad más incapacitante a nivel mundial.

En adición a lo mencionado, se destaca en varios estudios epidemiológicos realizados por la OMS (2014), que el TOC asume la categoría del cuarto desorden psiquiátrico más frecuente en el mundo y esta a su vez representa una alta morbilidad biopsicosocial. Se señala además que el inicio del trastorno suele presentarse durante la infancia o adolescencia, pero en caso de que se llegase a presentar dentro de la edad adulta en el rango de los 35 a 40 años, se deberá tomar énfasis en la ejecución de exámenes médicos ya que estos casos suelen asociarse a problemas de carácter neurológico como quistes cerebrales, tumores o depresión.

Según la OMS (2021), se tiene que el aislamiento social se encuentra vinculado en un 50% al incremento de la tendencia a que el adulto pueda presentar un mayor riesgo a enfermedades psíquicas y emocionales durante la etapa adulta mayor y señalando en conjunto con la Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM),

que aproximadamente más de la tercera parte de los adultos de 45 años o más sentirse solos a una escala social.

En complemento a los datos presentados por el Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2019), destaca un contraste del crecimiento poblacional a partir de la creación de dicha institución y cita al año 1950, en donde la población mundial era de aproximadamente 2.600 millones personas, en el año 1999 fue de 6.000 millones y se estima que para el año 2050 pudiese llegar a ser de 9.700 millones, de los cuales podría adyacerse un crecimiento del porcentaje representativo de la población adulta, llegando incluso a estar dentro del 74,3%.

En cuanto a la salud mental, dentro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalaron que, apenas 39 países de los aproximados 166 que conforman la ONU, presentan estadística relacionada a tópicos sobre la salud mental en la población adulta, de los cuales se destaca principalmente a la depresión con una prevalencia del 25%, seguido de trastornos de ansiedad con una prevalencia del 8% y trastornos catalogados como incapacitantes de los cuales se menciona al trastorno obsesivo compulsivo, mismo que presenta una prevalencia del 2.5% y del 1.5 a 2.1% anualmente en adultos (Urrego & Cocoma , 1999).

Dentro de las enfermedades registradas a nivel mundial se tiene que los trastornos mentales y neurológicos llegan a representar cerca del 14% de la carga mundial, destacando el hecho de que en América Latina y el Caribe aproximadamente 65% de la población que necesita atención por trastornos mentales no la reciben debido a que del presupuesto sanitario destinado al cuidado de la salud, apenas el 2% va dirigido a la salud mental y de este porcentaje el 67% esta direccionado a hospitales psiquiátricos (OPS, 2018).

En cuanto a la soledad social, se presenta según datos de la OPS, la soledad social fue mayormente evidenciable durante el transcurso de la pandemia por la COVID 19 en donde el aislamiento forzoso de la interacción social presencial provocó en la población adulta y adulta mayor, la sensación de soledad en un porcentaje del 43%, destacándose que aquellas personas que vivían acompañados de otras personas manifestaron dicha sensación en un 27,9% en contraste con aquellos que vivían solos con un porcentaje del 42,2% (Gerst, 2021).

Dentro del t3pico poblacional, el territorio ecuatoriano presenta de acuerdo con de datos del Instituto Nacional de Estad3sticas y Censos (INEC) (2022), que la poblaci3n ecuatoriana en el a3o 2019 fue 17.283.338 en contraste con la cifra actual del a3o 2022 en donde la poblaci3n total es de 17.941.457. Se destaca adem3s que, dentro de la cifra poblacional presentada en el a3o 2021, aproximadamente el 59% corresponde a la poblaci3n adulta y cerca del 10% a la poblaci3n joven, estim3ndose que, de los 17.941.457 ecuatorianos, 10.585.459 son personas adultas (Primicias, 2021).

Debido a la falta de especificidad dentro la estadística descrita acerca de la salud mental en Ecuador, se destaca que los trastornos pertenecientes a los c3digos F40 al F49 del CIE 10 en donde se encuentran situado el trastorno obsesivo compulsivo, ocupan el cuarto puesto dentro de los egresos hospitalarios, con un 15% del total de egresos referente a salud mental y ocupando el primer puesto en lo referente a la atenci3n ambulatoria con un aproximado del 21% del total de egresos (Ministerio de Salud P3blica de Ecuador, 2021).

De acuerdo con el Ministerio de Salud P3blica de Ecuador (2021), en Ecuador se destaca que el 26,5% de la poblaci3n se encuentra asociada a la soledad y sus complicaciones como son la depresi3n. Es as3 como dentro de los trastornos pertenecientes a los c3digos F30 al F39 del CIE 10, estos ocupan el segundo puesto dentro de los egresos hospitalarios con un 23% del total de egresos referentes a la salud mental y de igual forma llevan el segundo lugar en lo referente a la atenci3n ambulatoria con un aproximado del 19% del total de egresos (Ministerio de Salud P3blica de Ecuador, 2021).

1.2. Defini3n de variables

Comportamiento obsesivo compulsivo

El comportamiento obsesivo compulsivo se comprende como rasgo del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el cual es un trastorno neurobiol3gico resultado de la combinaci3n de factores comportamentales, gen3ticos, biol3gicos, cognitivos y/o ambientales que afecta a hombres, mujeres y ni3os de todas las razas, religiones, nacionalidades y grupos socioecon3micos (Beyond OCD, 2007).

Soledad Social

La soledad social se la suele definir como la experiencia de no pertenencia que la persona puede llegar a experimentar con respecto a su red social, caracterizándose por una escasa interacción del sujeto en su medio, la evaluación subjetiva de escasas de afecto y frustración a causa de expectativas interpersonales no cumplidas (Gené, Ruiz, Obiols, Oliveras, & Lagarda, 2016).

1.3. Antecedentes investigativos

Dentro de un estudio cuantitativo de carácter no experimental realizado por Oppen, Balcom, Eikeleboom, Rickelt , & Anholt (2020), se mencionó que la depresión ligada a aspectos como la soledad, es la comorbilidad más recurrente dentro del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), siendo así que en su investigación se examinaron estas dos variables a través de un seguimiento de 4 años a una población de 419 adultos con el objetivo de identificar los moderadores de asociación TOC – depresión y cuyos resultados fueron analizados en tablas estadística, concluyendo así que los síntomas incapacitantes del TOC podrían generar una mayor tendencia a los síntomas depresivos por soledad, pero un apego seguro podría servir como amortiguador para reducir la comorbilidad de la depresión en el TOC.

En la investigación realizada por Abdullah, Parveen, Shahid, & Abdullah (2021), acerca de los efectos de la pandemia por la COVID 19 en población adulta, se resaltan problemáticas a nivel psicológico, razón por lo cual a través de una investigación realizada a 356 participantes adultos Pakistaníes, se pretendió reconocer los principales efectos psicológicos consecuentes a la Pandemia. Es así, que, de acuerdo con los resultados se consiguió identificar cuatro factores principales: estrés y ansiedad, delirios de infectarse por la enfermedad, TOC y religiosidad. Adicional a lo ya mencionado, se apreció que gran parte de los encuestados relacionaron dichos factores a situaciones como la tensión financiera y la soledad. Finalmente se concluyó esta investigación en un compilado de pautas y consejos psicológicos y psiquiátricos que pretenden servir de base para superar aquellos problemas psicológicos derivados de la pandemia por la COVID 19.

Frías, y otros (2020) en su investigación acerca de las actitudes parentales en pe con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mencionan que de acuerdo a su fundamentación teórica, varios estudios señalan que el TOC suele conllevar un efecto adverso en relación con la calidad de vida de las personas cercanas a dicha población. Es por ello, por lo que en base a la ejecución de una entrevista clínica estructurada y aplicación de reactivos como la Escala Y-BOCS, Inventario PCRI, Inventario STAI-S/T, Inventario de depresión de Beck, Inventario CDI, Escala R-CMAS y la Escala PH-CSCS, se evaluaron a 40 padres con diagnóstico de TOC y 37 padres sin TOC; así como a sus hijos respectivamente. La investigación tuvo como resultado que, los síntomas de depresión y niveles de ansiedad fueron significativamente mayores en los hijos cuyos padres tenían diagnóstico de TOC debido a que las actitudes parentales de esta población fueron peores que las de la población sin TOC.

Mazurie, Mayo, & Ghorayeb (2022), en su investigación acerca de los síntomas obsesivos compulsivos y déficit de atención e hiperactividad en pacientes con síndrome de piernas inquietas, describen una tentativa comorbilidad entre dicho síndrome con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Por lo cual, en base a una población de 386 adultos compuesto por 139 paciente ambulatorios previamente diagnosticados con síndrome de piernas inquietas idipático, 111 pacientes con apnea obstructiva del sueño y 136 pacientes sanos, en conjunto con la aplicación de cuestionarios estandarizados, se llegó a la conclusión de que el TOC mantuvo una prevalencia similar dentro de los tres grupos con una ligera diferencia del 4,2% en los 139 pacientes ambulatorios y contrastando con el TDAH en donde se destaca una prevalencia del 43,5% dentro de los pacientes ambulatorios y resaltando en las mujeres una relación mayor entre el síndrome de piernas inquietas y el TDAH.

Rosa, y otros (2020), señalaron en su investigación titulada “Flexibilidad cognitiva e inhibición de la respuesta en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada”, que la población con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), puede verse limitada por factores como la intolerancia a la incertumbre, depresión y ansiedad. Por lo cual, en búsqueda de una diferenciación de la flexibilidad cognitiva e inhibición de respuestas entre el TOC y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trabajaron con una población de 95 adultos dentro del rango de

edad de los 17 a 61 años con diagnóstico de TOC y TAG en donde los resu señalaron que las personas con TOC poseían una menor flexibilidad en contraste con los pacientes con diagnóstico de TAG, destacándose en el primer grupo una prevalencia mayor de síntomas depresivos.

En la investigación desarrollada por Skapinakis, y otros (2019), se da continuidad al análisis acerca de la morbilidad psiquiátrica en la población de Grecia durante el periodo 2009 – 2010, con la finalidad de describir la epidemiología del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y síntomas de dicho trastorno por debajo del umbral en la población adulta. En el desarrollo de la investigación se tuvo en consideración una población de 4902 adultos dentro del rango de edad de los 18 a 70 años de edad a los cuales se les aplicó el CIS-R y con el EuroQoL EQ-5D, dando como resultado que el 2.79% de la población presentó síntomas obsesivos compulsivos por debajo del umbral llegando a ser vistos como rasgos del TOC.

Baruah, y otros (2018), en su investigación acerca de la Intervención Familiar Breve en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), señalan que debido al acceso limitado de recursos económicos en la población de Karnataka en India, el permitirse un tratamiento terapéutico intensivo y prolongado para tratar el TOC resulta poco conveniente. Por lo cual, se planteó una investigación de tipo longitudinal a través de una población de 64 adultos con diagnóstico de TOC, en donde se puso a prueba la eficacia de una intervención psicoterapéutica breve complementaria a la recaptación de serotonina la cual constó de 6 sesiones y evaluaciones al inicio del estudio, para lo cual se utilizó la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale-Brown. Los resultados a los 3 meses demostraron una mejoría del 53% en la sintomatología de la población de estudio.

Tripathi, y otros (2018), desarrollaron una investigación transversal con la finalidad de examinar las diferencias de género en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en la India. El grupo de estudio estuvo conformado por 945 adultos los cuales fueron evaluados mediante una entrevista clínica estructurada, la Escala Obsesivo-Compulsiva de Yale Brown, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Creencias. De los resultados se evidenció que de las diferencias de género en relación al TOC, se destacaba en los hombre una tasa más alta de síntomas que en las mujeres, en función de las compulsiones de verificación y trastornos comórbidos por el

consumo de sustancias; mientras que en las mujeres se tenía presente una tasa n de compulsiones referentes a la acumulación.

En la investigación desarrollada por Chacon, y otros (2018), plantearon la premisa de que la convivencia con familiares de primer grado diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) podría llegar a crear una mayor tendencia en los infantes a desarrollar dicho trastorno en la adultez; siendo esta la premisa con la cual parte su investigación. El grupo de estudio tuvo como participes a 66 niños de los cuales 47 vivían con familiares adultos diagnosticados con TOC. Los resultados del estudio demostraron que 4.5% de los niños que vivían con familiares diagnosticados con TOC cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV por lo cual obtuvieron el mismo diagnóstico que su familiar, mientras que el 39,4% presentaron síntomas obsesivos compulsivos más no el trastorno como tal.

Hofer y otros (2018), en su investigación acerca de la comorbilidad del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con otros trastornos mentales, tomaron como grupo de estudio a 3021 jóvenes y adultos cuyas edades oscilaban dentro de los 14 a 24 años de edad y de quienes se recopilaron datos en un lapso de 10 años, siendo esta una investigación de tipo longitudinal. Para la evaluación del TOC del DSM IV y trastornos mentales del DSM IV se utilizó la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de Munich, dando como resultado que el grupo de estudio presentó una mayor tendencia a trastornos bipolares en un 36,6%, bulimia nerviosa 21,1%, trastorno de ansiedad generalizada 3,4% y fobia social 2,9%, todo esto posterior al TOC. Con lo cual a través del estudio se remarcó la tendencia a trastornos mentales adyacentes al TOC y destacando la fobia social como resultado de recursos escasos de adaptación al entorno.

McNally, Mair, Mugno, & Riemann (2017), dentro de su investigación titulada “Trastorno Obsesivo Compulsivo comorbido con la depresión”, señalaron una tendencia a la depresión y depresión mayor en pacientes cuyo diagnóstico fue de trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Esto se logró en base la participación de 408 adultos cuyas edades oscilaban entre los 18 a 69 años de edad a los cuales se les aplicó la Escala Obsesiva Compulsiva de Yale-Brown en donde 102 adultos obtuvieron el diagnóstico de depresión mayor y 48 el diagnóstico de depresión no especificada

relacionando la base de dicha comorbilidad al poco acceso a un ambiente positivo y angustia asociada con las obsesiones que activan la tristeza.

Roncero, Belloch, Cabedo, & Carrió (2017), en su investigación acerca de los sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), mencionan que los hechos traumáticos dentro de las etapas de la vida del ser humana pueden llegar a ser un impulsor que de inicio en la sintomatología obsesiva compulsiva y su posterior derivación al TOC. Es por ello, por lo que en base al grupo de estudio propuesto para su investigación conformado por 85 pacientes previamente diagnosticados con TOC, se les realizaron entrevistas individuales para determinar la ocurrencia de sucesos vitales estresantes (SVE) previos al diagnóstico del trastorno. Los resultados señalaron que cerca del 70,6% de adultos participantes experimentaron al menos un SVE previo al inicio del TOC y cerca del 61,1% calificó como negativo a dicho suceso, además de resaltar la sintomatología depresiva en gran parte de los casos de pacientes con TOC.

En Dinamarca, Agnete , Naja, Thomas, & Rikke (2021), desarrollaron un estudio longitudinal acerca de las interacciones con teléfonos inteligentes y bienestar mental en hombres y mujeres pertenecientes al grupo poblacional de adultos jóvenes con el objetivo de identificar factores asociados a la soledad. Se contó con la participación de 816 personas con una media de edad de 26 años a los cuales se les dio un dispositivo móvil que llevaría el registro de sus interacciones en un periodo de 4 meses y cuyos datos registrados serían analizados mediante una regresión lineal múltiple. Los resultados demostraron un total de 795,980 interacciones y confirmaron una asociación positiva en relación la cantidad de interacción con el dispositivo móvil con niveles bajos de soledad social en 77.2% de la población.

Bojórquez , Quintana, & Coronado (2021), en su investigación acerca de la soledad en relación a la ideación suicida, planteron la recolección de datos e información que permita crear planes de prevención contra la depresión y suicidio, optando por un estudio cuantitativo descriptivo transversal. Por lo cual, para el desarrollo de la investigación se tuvo como grupo de estudio a 106 estudiantes universitarios a quienes se les aplicó la Escala UCLA Loneliness Versión 3, y el Inventario de Ideación Suicida de Beck. Los resultados demostraron una correlación negativa respecto a la soledad con la ideación suicida; sin embargo, se evidencia que un 60.4% de los estudiantes

presentó sentimiento de soledad de carácter social sin denotar en puntuaciones irregulares y el 26.4% denotó una frecuencia alta de soledad.

Martín & González (2021), en su estudio titulado “Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital” analizaron la prevalencia de la soledad dentro de Euskadi a partir de la tentativa influencia de factores como el ciclo vital y desigualdades sociales. Se trató de un estudio transversal que contó con la participación de 7228 adultos y el uso del Mental Health Inventory, dando como resultados que aproximadamente el 23.3% de los hombres y 29.7% de las mujeres se ven afectados por el sentimiento de soledad y siendo mayor este resultado en las clases sociales menos favorecidas así como en los adultos jóvenes.

En México, Granillo & Sánchez (2020), desarrollaron una investigación acerca de la soledad dentro de las parejas y su relación de apego mediante el uso de la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA) y la participación de 194 parejas heterosexuales entre 17 y 62 años, en donde los resultados señalaron que la soledad y sentimiento de soledad suelen verse menos pronunciados dentro de aquellas parejas con un apego seguro, mientras que esta solía verse agravada en aquellas parejas con un apego ansioso evitativo y encontrando en sus amigos y familiares un amortiguador de la soledad.

Huijun, Mengru, Qing, & Bin (2020), señalaron que tanto el aislamiento social como la soledad suelen verse relacionados a la salud mental por lo cual, dentro de su investigación buscaron identificar una diferenciación entre géneros respecto a la prevalencia de la soledad o aislamiento social. El grupo de estudio estuvo conformado por 741 estudiantes universitarios de Tianjín, cuyos resultados fueron obtenidos a partir de una regresión lineal múltiple en donde se destaca que en las mujeres, el aislamiento social y la soledad predicen significativamente la presencia de síntomas depresivos debido a escasas relaciones interpersonales, mientras que en el caso de los hombres, únicamente el aislamiento social predice los síntomas depresivos.

Lindsay, Shinzen, Kirk, Smyth, & Creswell (2019), en su estudio acerca del uso del Entrenamiento de Atención Plena (Mindfulness) para la disminución de la soledad en adultos, describen a dicha técnica como la más apropiada para el incremento del contacto social. Es por ello, por lo que, en base a una población de 153 adultos, se

planteo la intervención de 14 lecciones a través de teléfonos inteligentes enfocados en el entrenamiento de habilidades de aceptación, capacitación de monitoreo, y entrenamiento de control activo, en donde los resultados demostraron una reducción de la soledad en un 22% y un aumento del contacto social en un 15,3% representativo a dos interacciones cada día y evitando de esta forma posibles tendencias a síntomas depresivos.

Valerio, Herrera, & Rodríguez (2019), en su investigación acerca de la soledad percibida y el uso de la internet en personas sin hogar, detalla como objetivo principal el analizar una asociación entre las variables descritas, tomando como premisa que en la actualidad la internet conforma una herramienta de socialización de gran impacto. Es así que se tuvo la participación de 129 personas de escasos recursos y sin hogar, mismos que asistieron al albergue de Monterrey, mismos a los que se les aplicó la Escala de Soledad de Jong Gierveld y complementado con un cuestionario de 3 preguntas. Los resultados demostraron que, dentro de este grupo poblacional, los niveles de soledad dentro del ámbito social se encuentran significativamente por encima del promedio de la población general e incluso de otros grupos vulnerables.

Ingram, Kelly, Deane, & Raftery (2018), señalaron en su estudio acerca de la soledad dentro de la población con tratamiento por dependencia de sustancias, que, sentirse solo suele ser una de las características más presentes durante el proceso de desintoxicación. Por lo cual se aplicó la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S) a 316 personas adultas que en dicho momento se encontraban en tratamiento, dando como resultado que la soledad representó un problema grave en aproximadamente 69% de los participantes y al menos 79% informó haberse sentido solo al menos 1 vez al mes. Por lo cual se concluye que la soledad suele verse presente en este grupo poblacional la cual tiene incidencia directa en su salud mental.

En Alemania, Diehl, Jansen, Ishchanova, & Hilger (2018), desarrollaron una investigación acerca de la soledad en las universidades, cuyo objetivo era el identificar los determinantes o causas que generarían una mayor tendencia a la soledad emocional y social. Por lo cual se tuvo la participación de 689 estudiantes a los cuales se le aplicó la Escala de Soledad de De Jong Gierveld y cuyos resultados fueron analizados a través de estadística descriptiva y regresiones lineales. Se concluyó que de la población total, 32,4% de los estudiantes mostraban sentirse solos, mientras que el 3,2% se sentían

severamente solos y destacando el manejo de habilidades interpersonales y trayectorias de escuelas a universidades como determinantes de la presencia de soledad.

Hidalgo (2021) en su investigación acerca de la autoestima y soledad en relación al uso problemático del smartphone, menciona, que desde la llegada de los teléfonos inteligentes, el uso excesivo de dichos dispositivos a llevado a los jóvenes y adultos a un consumo de redes sociales que limita sus habilidades interpersonales presenciales. Por lo cual a través de 202 participantes adultos con edades dentro del rango de los 18 a 58 años y la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de adicción a Smartphone y la Escala de Soledad Social y Emocional para Adultos (SELSA-S), se obtuvieron resultados que señalan una correlación significativa entre el uso problemático del smartphone con la autoestima y soledad social, siendo estas mas pronunciadas en los hombre con una diferencia del 2.15% a las mujeres.

1.4. Fundamentación teórica

1.4.1. Trastornos mentales

Las enfermedades mentales o también citadas como trastornos, suelen definirse como afecciones con incidencia en el pensamiento, comportamiento, estado de ánimo y sentir de la persona. Las alteraciones de carácter leve dentro de los sucesos vitales de las personas suelen ser frecuentes y presentarse de forma habitual, pero cuando estas alteraciones alcanzan grados elevados de angustia o interfieren de forma directa dentro de la vida diaria de la persona, suele considerarse a dichas alteraciones como trastornos de la salud mental, mismas que pueden ser de larga duración o temporales. Los trastornos mentales como concepto han recibido varias definiciones, por lo cual, para establecer una definición más cercana al ámbito clínico, suele tomarse posturas relacionadas a la medicina general en donde esta se define como la ausencia de salud, la presencia de sufrimiento y la concepción de un proceso patológico (Raheb, 2012).

1.4.1.1. Trastorno Obsesivo Compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es un trastorno mental caracterizado principalmente por la presencia de obsesiones y compulsiones las cuales suelen llegar a ser recurrentes en la persona, alcanzando a tener incidencia directa en su vida personal, derivándolo a problemas generales dentro de su entorno y representando un gran reto el desenvolverse con normalidad dentro de sus actividades diarias. El TOC puede llegar a ser lo suficientemente grave como para provocar en la persona una

perdida relevante de su tiempo y un malestar clínicamente significativo. Ader destaca el hecho de que en cierto punto la persona con dicho trastorno es consciente de su estado y reconoce que las obsesiones y compulsiones alcanzan niveles significativos de exageración e irracionalidad. Este trastorno no está asociado a ninguna enfermedad médica o a un origen fisiológico directo del consumo de una sustancia como son las drogas, fármacos o alguna clase de estupefaciente (Frances , Pincus, & First, 2002).

1.4.1.2. Comportamiento Obsesivo Compulsivo

El comportamiento obsesivo compulsivo se rige en base a la presencia de pensamientos indeseados y reacciones cuyo objetivo es el neutralizar dichos pensamientos, por lo cual este comportamiento ha sido concebido en varias ocasiones y por varios autores desde diferentes posturas como un sinónimo del TOC, sin embargo, de acuerdo a la Beyond OCD (2007), esta suele ser citada como rasgo del trastorno más no como su equivalente. Teniendo en cuenta esta premisa se resalta la importancia de abordar a las obsesiones y compulsiones dentro del entorno social de hoy en día, en el que la presencia del TOC puede llegar a limitar el desenvolvimiento normal de la persona en su entorno y se ve al comportamiento obsesivo compulsivo como una arista de dicha problemática.

Obsesiones

De acuerdo con Pérez (2013), las obsesiones son concebidas como un estado en el que la mente de la persona es dominada por una idea, imagen o palabra ya sean estas fijas o permanentes. Las obsesiones están definidas por:

1. Impulsos, pensamientos o imágenes las cuales no hace únicamente referencia a simples preocupaciones reiterativas o excesivas sobre problemas de la vida real
2. Los pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que poseen la característica de vivencial en algún momento del trastorno son catalogados como inapropiados e intrusos, y su presencia pueden derivar en el individuo síntomas de ansiedad o malestar significativo
3. Se destaca el hecho de que el individuo intenta suprimir, neutralizar e incluso ignorar dichos pensamientos, imágenes e impulsos mediante la focalización de su atención en otros pensamiento o actos.

4. La persona es consciente de que estos pensamientos, imágenes e im obsesivos son el producto de su mente.

Las obsesiones pueden llegar a interrumpir el flujo normal del pensamiento consciente del individuo y pueden llegar a experimentarlos como inoportunos, intrusivos, invasores e incontrolables lo cual puede derivar en el individuo la creación de compulsiones voluntarias que le permitan disminuir o suprimir dichos pensamientos.

Tipos de obsesiones

De acuerdo con Frances , Pincus, & First (2002), dentro de los tipos de obsesiones tenemos:

- Temor por contaminarse: Suele presenciarse en casos donde el individuo siente temor al estrechar la mano de otras personas o tocar objetos presentes en su entorno, ya que cree que puede llegar a contraer o contagiarse de alguna enfermedad.
- Dudas reiterativas: Se caracteriza por la auto-desconfianza que siente la persona respecto a situaciones o acciones en concreto que realizó, lo que genera en el individuo la pregunta ¿Lo hice?
- Necesidad de disponer las cosas según un orden establecido: La persona tiene a mantener los objetos según un orden determinado y el incumplimiento de dicho orden genera en él un malestar significativo por los objetos desordenados o asimétricos
- Impulsos de carácter agresivo: Suele presentarse tanto en pensamientos acerca de acciones físicas como en las verbales, se caracteriza por ser de índole violento contra otras personas o uso de palabras vulgares.
- Fantasías sexuales: Esta obsesión puede variar en su grado de intensidad ya que puede presentarse como imágenes mentales de carácter pornográfico y llegar a casos donde el sujeto concurre a pensamientos parafílicos o que involucren daño a otras personas.
- Supersticiones: Son imágenes, pensamientos e impulsos que llevan a creer al individuo que un suceso puede llegar a acontecer si dice o hace algo.

Compulsiones

De acuerdo con Pérez (2013), las compulsiones guardan una asociación funcional junto a las obsesiones, ya que mediante el uso de ellas las persona trata de suprimir e incluso ignorar aquellas imágenes, impulsos o pensamientos repetitivos ya sea mediante ideas, actos mentales o comportamientos. Las compulsiones suelen ser definidas por:

1. Actos mentales o comportamientos repetitivos que el individuo los realiza de forma obligada a manera de respuesta ante la presencia de obsesiones o en casos especiales.
2. El objetivo de los actos mentales o comportamientos repetitivos característicos de las compulsiones es el prevenir o reducir el malestar generado por las obsesiones o inclusive disminuir la posibilidad de ser partícipe de acontecimientos o situaciones negativas para el individuo.

La presencia de compulsiones suele generar cierta confusión, ya que muchas veces estas no están conectadas de forma realista con aquellas obsesiones que se intentan anular o prevenir y llegando a ser destacadas como excesivas o fuera de lugar, aunque brindan por un momento cierto alivio y forma como estrategia de afrontamiento breve.

Tipos de compulsiones

De acuerdo con lo mencionado por la Beyond OCD (2007), dentro de los tipos de compulsiones tenemos:

- Lavarse y estar limpio: Asociado con la higiene de la persona, esta se caracteriza por una asepsia que involucra desinfección y lavados de manos recurrente lo cual a llegar a casos extremos puede tener un efecto opuesto y derivar en complicaciones dermatológicas del individuo.
- Limpieza reiterativa: Presente en los individuos que sienten la necesidad de mantener todo desinfectado y libre de toda clase de contaminante ya sea un objeto o su propio entorno de manera general.
- Verificación o revisión: Se trata de acciones que buscan satisfacer a la pregunta ¿Lo hice? Para lo cual el individuo siente la necesidad de verificar de manera continua si sus acciones fueron realizadas como el las cree haber realizado.

- Arreglar o emparejar: Caracterizado por la necesidad de mantener un para lo cual el individuo se asegura de que todo a su alrededor siga un orden establecido.
- Acumular: En este caso el individuo mitiga su malestar al aglomerar objetos en su entorno considerando a todos importantes o necesario y negándose a deshacerse de ellas.
- Repetición: Esta compulsión abarca tanto rituales como acciones que el individuo considera necesarios y casi obligatorio repetirlas, ya que el no hacerlo podría desencadenar en sucesos negativos tanto para el como para sus seres cercanos (está asociado a creencias supersticiosas).

Historia

Mancini, (2001), señalada el contexto de la religión como una de las aristas referenciadas desde tiempos remotos hacia el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Esto sucede, debido a que dentro de este grupo poblacional se tiene el fomento a la creación y desarrollo de ceremonias en donde los rituales asociados a conductas repetitivas son normalizados al momento de practicar el dogma y con el objetivo adyacente y subjetivo de eliminar posibles peligros y atraer sucesos positivos. El temor suele ser uno de los principales impulsores a la práctica de rituales dentro de la religión, lo cual da paso a las supersticiones y pensamientos que incitan a la persona a realizar ciertas acciones durante el día. Siendo esta la razón por la cual se cita a la religión como uno de los focos principales que impulsaron el estudio del TOC. Pierre Janet es el primero en registrar el primer caso de TOC en un niño de 5 años en el año de 1903.

1.4.1.3. Criterios Diagnósticos

Trastorno Obsesivo Compulsivo según los Criterios Diagnósticos del DSM-V

Dentro de los criterios diagnósticos presentados en la American Psychiatric Association (2014), se tiene que el individuo deberá presentar:

- Criterio A: Obsesiones y compulsiones, destacándose en este punto que los menores de edad pueden no ser capaces de estructurar los propósitos de estos actos mentales o comportamientos.
- Criterio B: Las obsesiones o las compulsiones deberán causar malestar clínicamente significativo o a su vez un deterioro de sus esferas sociales como

son el ámbito personal, laboral u áreas que representen importancia funcionamiento. Además, se destaca que las obsesiones o compulsiones ocuparan gran tiempo del individuo siendo un aproximado de una hora o más diaria.

- Criterio C: Los síntomas relacionados las obsesiones y compulsiones no serán atribuidas a las consecuencias fisiológicas posterior al consumo de sustancia ya sean drogas o medicamentos, así como tampoco a ninguna otra afección médica.
- Criterio D: El trastorno obsesivo compulsivo no consigue ser explicada en una vinculación a los síntomas de otros trastornos mentales.

Criterios CIE-10 para el Diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Dentro de los criterios diagnósticos presentados por la World Health Organization (2000), se tiene que el individuo deberá presentar:

- Criterio A: El individuo deberá presentar obsesiones o compulsiones, además se menciona que puede presentar ambas durante un periodo mayor a dos semanas y estas deberán estar vigentes durante la mayor parte del día.
- Criterio B: Dentro de las obsesiones y compulsiones se hace mención las siguientes características las cuales deben estar todas presentes:
 - 1.- El individuo identifica y reconoce que estas se originan en su mente sin influencia de personas o factores de su entorno.
 - 2.- Se deberá tener la presencia de por lo menos una obsesión o compulsión que el paciente la catalogue como irracional o excesiva, además de que esta represente ser desagradable e incluso repetitiva.
 - 3.- Como característica se tiene que el individuo intente resistirse al menos a una compulsión u obsesión sin éxito.
 - 4.- El experimentar comportamientos compulsivos y pensamientos obsesivos generan en el individuo malestar significativo calificando la experiencia como displacentera.
- Criterio C: Las obsesiones o compulsiones causan interferencia significativa en el desenvolvimiento social y personal del individuo debido al consumo de tiempo.

- Criterio D: Las obsesiones y compulsiones no son el efecto o resultado de trastornos mentales.

1.4.1.4. Causas del Comportamiento Obsesivo Compulsivo

A pesar de que no se tenga constancia exacta sobre el origen del trastorno obsesivo compulsivo, varias investigaciones de carácter científico catalogan al TOC como una enfermedad neurobiológica la cual resulta a partir de una combinación de factores genéticos la cual suele mencionarse que contribuye en un 45 a 65% de posibilidad para la predisposición al trastorno, factores biológicos los cuales asocian la presencia del TOC con el funcionamiento irregular de los neurotransmisores como el glutamato, serotonina y dopamina, factores de comportamiento al presentarse como intermediario para la neutralización de las obsesiones, factores cognitivos descritos o vinculados a una malinterpretación de las obsesiones y compulsiones como una expresión del Yo verdadero del individuo y factores ambientales las cuales suelen citar en ocasiones que las secuelas de TCE pueden encontrarse asociadas al comienzo del trastorno (Beyond OCD, 2007).

1.4.1.5. Tratamiento

Tratamiento Cognitivo Conductual

De acuerdo con lo mencionado por Bados (2005), la terapia cognitivo conductual dirigida al trastorno obsesivo compulsivo resulta un tratamiento eficaz ya que casi en su mayoría los terapeutas pertenecientes a esta corriente hacen uso de dos técnicas como son la prevención de respuestas o también llamada EPR y la terapia cognitiva mismas que suelen ir vinculadas una de la otra para esta forma maximizar el resultado esperado. Además de lo anteriormente señalado, se destaca que el terapeuta puede añadir tareas como el registro de actividades, la autoobservación, técnicas para el manejo del estrés y técnicas que fomenten el fortalecimiento de las habilidades sociales del individuo ya que estas suelen ser las más deterioradas por el TOC.

Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)

Esta técnica expone al individuo ante situaciones que dan paso al apareamiento de las obsesiones o compulsiones lo cual se recomienda que se haga de forma gradual y controlada. En un inicio esta acción suele derivar a circunstancias donde el individuo experimenta ansiedad, esto con el objetivo de que aprenda a

identificar dichas situaciones que disparan o predisponen la presencia de compulsiones u obsesiones y así conseguir reducir su frecuencia (Beyond OCD, 2007).

1.4.2. Soledad

El ser humano es catalogado como un ser de carácter social por lo cual, la soledad es abordada como una experiencia desagradable con implicaciones subjetivas debido a que dicha subjetividad se encarga de asociar varias facetas, contextos, orígenes, dimensiones y significados hacia la mentalización de lo que se considera que significa “estar o sentirse solo”; de igual forma, la soledad suele verse asociada a una calidad pobre en las relaciones interpersonales, siendo estas las razones por lo cual, la soledad está sujeta a factores subjetivos que pueden derivar a una melancolía por ausencia de contacto del sujeto con su entorno (Sabucedo & Morales, 2015).

1.4.2.1. Tipos de soledad

La soledad por aislamiento emocional

Este tipo de soledad hace referencia a la escasez de una relación interpersonal intensa, fuerte o que sea significativamente representante para la persona. Esta relación puede abarcar varios años de funcionalidad siendo así que lo podemos evidenciar en casos de relaciones románticas o que involucren cierto grado de intimidad, además de que representen una figura de apego para el individuo generando en el sentimiento de seguridad y afecto. Esta es catalogada como el tipo de soledad más desagradable (Muchnik & Seidmann, 2004).

La soledad por aislamiento social

A diferencia de la soledad por aislamiento emocional, este tipo de soledad alude a la percepción de no pertenencia que la persona puede llegar a sentir con respecto a su entorno social ya sean redes sociales de amigos, organizaciones de participación o situaciones similares. Este tipo de soledad además se caracteriza por una escasa interacción de la persona en actividades sociales o actividades de interés común con otras personas (Muchnik & Seidmann, 2004).

1.4.2.2. La Soledad Social

La soledad social suele encontrarse estrechamente vinculada a la subjetividad de las etapas del desarrollo del ser humano, en donde se destaca que dentro de la edad adulta puede llegar a percibirse esta condición como un factor poco gratificante e

incluso llegar al punto de catalogarse como un sentimiento doloroso capas gen el adulto una mayor tendencia a la presencia de problemas emocionales y psíquicos como la depresión, mismo que puede llegar a agudizarse con la edad de la persona, afecciones en la calidad de vida o pérdidas personales (Cardona, Villamil, Villa, & Quintero, 2011).

La soledad social hace referencia a la carencia de relaciones interpersonales cuyo resultado es la percepción de marginalidad o desplazo, la experiencia de no pertenencia que la persona puede llegar a distinguir con respecto a su red social y la sensación de no ser aceptado por un grupo en específico (CDC, 2020).

1.4.2.3. La soledad en las etapas de la vida

La soledad en la niñez

En cuanto a esta etapa de la vida se destaca aquellos postulados en los que se señalaba que, la angustia por separación en los infantes hacia sus cuidadores, suele asociarse al primer temor de quedarse solo o de ser abandonado, lo cual podría desencadenar en consecuencias para el adolescente o adulto futuro, transformando dicha situación en una fuente de dolor psíquico. En adición a lo mencionado se destaca el aporte de H. S. Sullyvan quien señala que la soledad alude a una experiencia carente de intimidad cuando el niño entra a la etapa de la preadolescencia (Skliar , 2016).

La soledad en la adolescencia

La adolescencia suele ser catalogada por varios autores como la etapa de mayor afinidad para el desarrollo de relaciones interpersonales y habilidades sociales. Sin embargo; debido a factores como la autopercepción, desapego con los progenitores y la búsqueda de mayor intimidad con sus pares, hacen de esta etapa una de las más propensa a la experiencia de la soledad y volviéndose habitual escuchar quejas de los adolescentes sobre lo solos que pueden llegar a sentirse en ciertos momentos, esto acompañado por sentimientos de incompreensión de su entorno (Carvajal & Virginia, 2009).

La soledad en la adultez

Durante la adultez, el ser humano inicia procesos de adaptación y cambio continuo en el que las habilidades sociales adquiridas durante la infancia y adolescencia forman un pilar fundamental en la forma como el adulto se desenvuelve

en nuevos entornos. Es así que durante esta etapa la soledad se vuelve una experiencia presente en situaciones de adaptación e inserción a entornos desconocidos, además, en adición a esto se señala al matrimonio como una integración de apego en el que la persona reduce su tendencia a sentirse solo. Al ser parte de un buen matrimonio la persona puede llegar a experimentar un bienestar tanto físico como psíquico. Esta situación puede tener el efecto contrario en casos de divorcio (resultantes en familiar uniparentales), viudez y soltería (Chiao, Hua, & ChunYi, 2019).

La soledad en la vejez

En relación con los adultos mayores, la soledad suele originarse por situaciones como el síndrome del “nido vacío” mismo que suele estar mayormente presente en edades de 65 a 80 años y suele generar en el adulto mayor un malestar significativo con respecto a la relación del tiempo que disponen y la forma en como lo emplean ahora que sus hijos ya no se encuentran cercanos a ellos debido al grado de independencia que consiguieron (Gajardo, 2015). A partir de los 80 años en adelante, el adulto mayor es más susceptible a situaciones que originan el sentimiento de soledad, sus relaciones interpersonales suelen ser mayormente preferidas cuando se trata de socializar y mantener un contacto activo con personas con edades similares a ellos. Sin embargo; esto no siempre suele suceder ya que, durante esta etapa y este rango de edad, el entorno social del adulto mayor suele llegar a limitarse a los vínculos con su familia, además, se señala que uno de los factores que podrían incrementar la soledad en los adultos es la pérdida de personas cercanas a ellos como el caso de la viudez y la presencia de enfermedades que limiten su autonomía (Almeida & Marinho, 2020)

1.4.2.4. La soledad en la psicología

Dentro de lo concerniente a términos psicológicos, se han dado a lo largo del tiempo distintas definiciones para la soledad, siendo la más antigua la de Sullivan quien señala a la soledad como una experiencia subjetiva displacentera relacionada a la carencia o ausencia de intimidad y contacto interpersonal. En secuencia de la línea temporal propuesta se cita a Young, quien definió a la soledad como la ausencia real o percibida acerca de las relaciones sociales positivas y satisfactorias, mismas que puede estar en compañía de manifestaciones negativas antes situaciones estresantes o de estrés psicológico. Weiss fue llamado en su tiempo como padre de las primeras

investigaciones acerca de la soledad y la cita como la carencia de una relación afectiva particular. En adición a las definiciones mencionadas, se tiene que varios autores hablan de la soledad como una discrepancia de las relaciones interpersonales reales con las idealizadas o deseadas. Finalmente, para Peplau y Perlman, la soledad es vista como una vivencia poco placentera que tiene origen en el momento que la persona experimenta relaciones sociales deficientes en cierto grado de importancia de carácter cualitativo o cuantitativo (Montero, Lena, & Sánchez, 2010).

1.4.2.5. Tratamiento

Tratamiento Cognitivo Conductual

El tratamiento con enfoque cognitivo conductual suele ser uno de los más utilizados por su confiabilidad científica y demostrando gran efectividad en la modificación de conductas que ofrezcan respuestas positivas de la persona en relación a su entorno y ante diversos problemas o trastornos psíquicos. Es por ello, por lo que tratar a la soledad desde la terapia cognitivo conductual ofrece la posibilidad de generar en la persona hábitos y comportamientos adaptativos que estimulen sus habilidades sociales (Almeida & Marinho, 2020).

Este tipo de terapia suele complementarse con tareas en casa que den seguimiento y continuidad a lo tratado en las sesiones que se llegasen a establecer con el profesional, siendo algunas de las técnicas más utilizadas para estos casos las técnicas de exposición, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de autocontrol, que acompañadas con el registro de actividades como tarea en casa pueden ofrecer un resultado óptimo en la disminución de los niveles de soledad en el paciente (Zakhour, Nardi, Levitan, & Appolinario, 2020).

1.5. Objetivos

Objetivo General

- Identificar la relación entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en adultos.

Para el cumplimiento del objetivo general, se aplicarán los instrumentos psicológicos “Test OCI – R” y la “Escala ESTE II” a los 312 participantes pertenecientes a la Carrera de Psicología Clínica, Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato y los datos serán tanto procesados como analizados con el paquete

estadístico SPSS a través de la prueba de Spearman para correlaciones de variables.

Objetivos Específicos

- Determinar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos en adultos.

Para el desarrollo de este objetivo se aplicará el Test OCI – R, el cual permitirá valorar la ausencia del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), rasgos de TOC y presencia de TOC; además, se hará uso del paquete estadístico SPSS para ejecutar estadística descriptiva y obtener una tabla de frecuencia con la cual se determinará la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos en los participantes.

- Establecer el nivel de soledad social que predomina en adultos.

Con la finalidad de cumplir este objetivo se utilizará la escala ESTE II, la cual permitirá medir el nivel de soledad social en los participantes y una vez obtenido los resultados, se procederá a establecer el nivel predominante a través de una tabla de frecuencia de dichos niveles.

- Comparar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos y el nivel de soledad social según el sexo.

Para el cumplimiento de este objetivo se utilizará el paquete estadístico SPSS, con el cual mediante la prueba de Chi – cuadrado y el uso de tablas de contingencia, se comparará la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos y el nivel de soledad social según el sexo de los participantes.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1. Materiales

2.1.1. Escala ESTE II de Soledad Social

La Escala ESTE II fue desarrollada y validada por Pinel, Rubio, & Rubio (2010), en conjunto con la Universidad de Granada. El objetivo principal de la escala es el de medir el nivel de soledad social, además de ser presentada como la continuación de la escala ESTE I, la cual mide 4 factores (soledad conyugal, soledad familiar, soledad existencial y soledad social).

Esta Escala es de tipo Likert, misma que se encuentra estructurada por 15 ítems divididos en 3 factores:

- Percepción de apoyo social: Hace referencia a la red social del sujeto y el valor que este le asigna al grado de satisfacción del apoyo que recibe. Este primer factor está conformado por los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).
- Uso de nuevas tecnologías: Trata acerca del manejo básico de tecnologías o acercamiento a las mismas por parte del sujeto. Constituido por los ítems (9, 10, 11).
- Índice de participación social subjetiva: Es la apreciación del sujeto respecto al grado de participación e interacción que lleva en su red social y entorno. Conformado por los ítems (12, 13, 14, 15)

Tras la aplicación de la Escala, se obtiene como resultado un puntaje cuantitativo a partir de la suma del valor de cada uno de los ítems y cuya puntuación total oscila dentro de los 0 a 30 puntos, su confiabilidad es de 0.72 en el Alfa de Cronbach. La aplicación se la recomienda realizarla de forma individual. La escala de calificación del test se rige mediante los valores de: 0 “Siempre”; 1 “A veces”; 2 “Nunca”; con la excepción de los ítems (4, 5, 6, 7), cuya escala de calificación es inversa a la del resto de ítems, siendo: 2 “Siempre”; 1 “A veces”; 0 “Nunca” (Pinel, Rubio, & Rubio, 2009).

Este instrumento fue desarrollado en España junto a la colaboración de la Universidad de Granada a manera de continuidad de la Escala ESTE I y cuyos resultados señalaron

una confiabilidad de 0.72 en el alfa de Cronbach lo que le otorga el carácter de El tiempo de aplicación se sitúa dentro de los 10 a 15 minutos. Se tuvo como población central para la creación de esta Escala a 780 adultos mayores de la provincia de Granada cuya edad era de 65 años en adelante (Pinel, Rubio, & Rubio , 2009). Sin embargo de acuerdo al estudio realizado por Cardona, Villamil, Villa, & Quintero (2011), se señalada que la Escala ESTE II, resulta óptima para ser aplicada en la población adulta, obteniendo una confiabilidad superior al 0.70 en el alfa de Cronbach.

Tabla 1

"Escala de Soledad Social: ESTE II"

Nombre del instrumento	Escala de Soledad Social: ESTE II
Autor	Pinel, Rubio y Rubio
Año de publicación	2009
Autor de adaptación	Cardona, Villamil, Villa y Quintero
Año de adaptación	2011
Aplicación	Individual – Colectiva
Ambito de Aplicación	Adultos – Adultos Mayores
Duración	10 a 15 minutos
Material	Instrumento de 15 ítems con escala tipo Likert
Finalidad	Medir el nivel de soledad social
Alfa de Cronbach	Soledad Social 0.72

Elaborado por: Aldaz, A 2022

2.1.2. Test OCI – R

El Test de Obsesiones Compulsiones – Revisado (OCI – R), se presenta como la continuidad del Test OCI, ambos desarrollados por Foa, y otros (2002). La versión revisada del Test OCI, tiene por objetivo determinar la presencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o su vez la presencia de Comportamiento Obsesivo Compulsivo.

El OCI – R, es un test de tipo Likert estructurado por 18 ítems divididos en 6 subescalas:

- Acumulación: En relación a la dificultad del sujeto para deshacer posesiones o descartarlas. Subescala compuesta por los ítems (1, 7, 13).
- Comprobación: Relacionado a la necesidad del sujeto de comprobar cualquier cosa o situación. Se encuentra estructurada por los ítems (2, 8, 14).
- Orden: Referente a la necesidad del sujeto a mantener una distribución determinada de objetos o acciones. Conformado por los ítems (3, 9, 15).
- Neutralización: Intentos realizados para mitigar pensamientos o conductas. Compuesto por los ítems (4, 10, 16).
- Lavado: Necesidad de mantener una asepsia constante o con mayor frecuencia de la normal. Subescala compuesta por los ítems (5, 11, 17).
- Obsesiones: Relacionado a ideas, pensamientos, sentimientos, sensaciones que puede llegar a experimentar el sujeto de forma concurrencia. Conformado por los ítems (6, 12, 18).

Para la calificación del Test, este se rige mediante los valores de: 0 “En absoluto/ Ninguno/ Nada”; 1 “Un poco”; 2 “Bastante”; 3 “Mucho”; 4 “Muchísimo”. Es por ello, por lo que, luego de haber aplicado y calificado el Test, se obtiene un puntaje cuantitativo, cuya puntuación total oscila entre los 0 a 72 puntos. Su confiabilidad es de 0.82 en el alfa de Cronbach, se recomienda que su aplicación sea de forma individual.

Al poseer una confiabilidad superior a 0.70 en el alfa de Cronbach, el instrumento recibe la denominación de ser fiable. Se tuvo como población central para la creación del Test OCI – R, tanto estudiantes pertenecientes a la Universidad de Málaga con edades comprendidas entre los 20 a 30 años, como a población general con edades dentro del rango de los 15 a 71 años, por lo cual resulta viable la aplicación del test tanto para adolescentes, adultos y adultos mayores debido a los buenos resultados obtenidos. El tiempo de aplicación se encuentra establecido en 10 minutos para adolescentes y adultos, y aproximadamente 15 minutos en adultos mayores (Malpica, Ruiz, Godoy, & Gavino, 2009).

Tabla 2

"Test OCI - R"

Nombre del instrumento	Test OCI – R
Autor	Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak y Salkovskis
Año de publicacion	2002
Autor de adaptacion	Malpíca, Ruiz, Godoy y Gavino
Año de adaptacion	2009
Aplicación	Individual - Colectiva
Ambito de Aplicación	Adolescentes – Adultos – Adultos Mayores
Duración	10 a 15 minutos
Material	Instrumento de 18 items con escala tipo Likert
Finalidad	Determinar la presencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o su vez la presencia de Comportamiento Obsesivo Compulsivo.
Alfa de Cronbach	0.82

Elaborado por: Aldaz, A 2022

2.2. Métodos

2.2.1. Tipo de Investigación

La investigación es de carácter cuantitativo debido al uso de instrumentos psicométricos que permitirán un posterior análisis estadístico de los resultados obtenidos. Se destaca, además, que se usará un diseño no experimental debido a que el estudio se desarrollará sin la necesidad de intervenir o manipular las variables propuestas. Además, puesto que su desarrollo se regirá dentro de un intervalo de tiempo definido se destaca que la aplicación seguirá un lineamiento transversal. En consideración con las premisas citadas y en concordancia con el tema propuesto se señalada que la investigación es de tipo correlacional, debido a que se tiene por objetivo general el identificar una posible asociación entre las dos variables planteadas y así comprobar o rechazar la hipótesis de investigación propuesta.

2.2.2. Matriz de operacionalización de variables

Tabla 3

Variables: Comportamiento Obsesivo Compulsivo y Soledad Social

Variable	Concepto	Dimensiones	Instrumento
Comportamiento obsesivo compulsivo	El comportamiento obsesivo compulsivo se comprende como rasgo del trastorno obsesivo compulsivo el cual es un trastorno neurobiológico resultado de la combinación de factores biológicos, genéticos, de comportamiento, cognitivos y/o ambientales que afecta a hombres, mujeres y niños de todas las razas, religiones, nacionalidades y grupos socioeconómicos (Beyond OCD, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de TOC (0 a 20 puntos) - Rasgos de TOC (21 a 40 puntos) - Presencia de TOC (41 a 72 puntos) 	Test "OCI-R" Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0.82.
Soledad social	La soledad social refiere la experiencia de no pertenencia con respecto a una red social, caracterizándose por una escasa interacción del sujeto en su medio e inclusión de factores subjetivos que podrían limitar su participación en actividades de gusto personal (Muchinik & Seidmann, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel bajo de soledad social (0 a 10 puntos) - Nivel medio de soledad social (11 a 20 puntos) - Nivel alto de soledad social (21 a 30 puntos) 	Escala ESTE II Confiabilidad: Alfa de Cronbach de 0,72.

Elaborado por: Aldaz, A 2022

2.2.3. Selección del área o ámbito de estudio

- Ecuador - Tungurahua
- Ambato
- Sector Ingahurco
- Universidad Técnica de Ambato – Campus Ingahurco

2.2.4. Población

La presente investigación contó con la participación de 312 estudiantes universitarios, conformado tanto por hombres como mujeres pertenecientes a la Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica. Los participantes fueron seleccionados a través de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Estudiantes catalogados como adultos por una edad equitativa o superior a 18 años.
- Adultos que hayan aceptado firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos con condiciones física o mentales que limiten su participación en la investigación.
- Estudiantes que no se encuentren legalmente matriculados en la carrera de Psicología Clínica.

2.2.5. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos y el nivel de soledad social en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica pertenecientes a la Universidad Técnica de Ambato “Campus Ingahurco” en el periodo Abril – Septiembre 2022?

2.2.6. Hipótesis

Hipótesis de investigación

La presencia de comportamientos obsesivos compulsivos posee una correlación significativa con el nivel de soledad social en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica pertenecientes a la Universidad Técnica de Ambato “Campus Ingahurco”.

Hipótesis nula

La presencia de comportamientos obsesivos compulsivos no posee una correlación significativa con el nivel de soledad social en los estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica pertenecientes a la Universidad Técnica de Ambato “Campus Ingahurco”.

2.2.7. Descripción y procedimiento para la recolección de información

- Elaboración y entrega de los oficios al Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Aprobación de los oficios.
- Socialización de la investigación a los participantes.
- Firma del consentimiento informado y aplicación de los instrumentos.
- Recolección y procesamiento de los datos.
- Análisis e interpretación de los resultados.

2.2.8. Aspectos éticos

Para el desarrollo del presente estudio se tuvo en consideración las normas del Reglamento del Comité de Bioética dirigido a la investigación con seres humanos, de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato (2016), la cual permite regular y cotejar el resguardo de los derechos humanos, tomando como premisa el informar la responsabilidad del investigador al trabajar con personas de la comunidad, en los artículos N.- 3,4 y 5 que son: el principio de justicia se rige en base al cumplimiento de las leyes, el principio de beneficencia el cual es abarcado a la par con el principio de no maleficencia, el principio de la garantía de autonomía de la persona para de estar forma cuidar la integridad de la población de estudio, así como también el resguardo de la privacidad.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis y discusión de los resultados

Población total

Tabla 4

Población total de acuerdo al sexo de los participantes

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	80	25,6
Mujer	232	74,4
Total	312	100,0

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

En la presente investigación se tuvo la participación de 312 estudiantes de la Universidad Técnica de Ambato, pertenecientes a la carrera de Psicología Clínica, de los cuales 80 participantes fueron hombres, es decir el 25,6% del total de la población, mientras que 232 fueron mujeres cuyo porcentaje representativo fue de 74,4%.

Prueba de Normalidad

Tabla 5

Prueba de Normalidad

Pruebas de normalidad			
Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.
TOTALOCI	,056	312	,021
TOTALESTE	,071	312	,001

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

Al poseer una población mayor a 50 participantes ($N > 50$), se determinó que la prueba de normalidad a utilizarse es la Kolmogorov-Smirnov, en donde se señala que las puntuaciones totales del instrumento OCI – R (TOTALOCI) poseen una significancia de 0,021 la cual es menor a 0,05 ($TOTALOCI < 0,05$), asumiendo la categoría de no ser normal. De igual forma, las puntuaciones totales del instrumento ESTE II (TOTALESTE), poseen una significancia de 0,001 la cual es menor a 0,05 ($TOTALESTE < 0,05$), asumiendo así la categoría de no ser normal.

3.1.1. Dimensiones OCI - R

Objetivo Específico 1: Determinar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos en adultos.

Tabla 6

Dimensiones OCI - R

Dimensiones OCI R			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Ausencia de TOC	104	33,3
	Rasgos de TOC	155	49,7
	Presencia de TOC	53	17,0
	Total	312	100,0

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

Análisis

Dado que los rasgos del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), son concebidos como comportamiento obsesivo compulsivo, se hace énfasis en dicha dimensión del instrumento OCI – R. La estadística presentada señala que, de los 312 participantes, 155 se encuentran dentro de la dimensión de Rasgos de TOC del instrumento, mismos que representan el 49,7% del total de participantes.

Discusión

La estadística presentada destaca un mayor número de participantes con del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), siendo esto mayor a la ausencia y presencia del TOC, lo cual se asemeja a los resultados obtenidos en la investigación de Chacon, y otros (2018), en donde se señaló que la convivencia con familiares de primer grado diagnosticados con TOC, pueden derivar en niños y adolescentes el diagnóstico de dicho trastorno en la adultez y constatándose en base a 66 participantes de su investigación, que el 4.5% de ellos cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM V para el TOC, mientras que el 39,4% presentó sintomatología de TOC, mas no el trastorno como tal y el porcentaje restante no presento relación de ningún tipo con el trastorno. Siendo así, que Chacon determinó una mayor tendencia de su población de estudio a presentar comportamiento obsesivo compulsivo en la adultez.

3.1.2. Niveles de Soledad Social

Objetivo Específico 2: Establecer el nivel de soledad social que predomina en adultos.

Tabla 7

Niveles de Soledad Social

Niveles de soledad social			
		Frecuencia	Porcentaje
	Nivel bajo de soledad social	165	52,9
Válidos	Nivel medio de soledad social	141	45,2
	Nivel alto de soledad social	6	1,9
	Total	312	100,0

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación *Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.*

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

Análisis

La estadística presentada, señala que 165 participantes poseen un nivel bajo de soledad social, 141 un nivel medio y 6 un nivel alto. Por lo cual, se establece que el nivel de soledad social que predomina dentro del grupo poblacional es el nivel bajo de soledad social representativo a un 52,9% del total de los participantes del estudio.

Discusión

En complemento a los resultados obtenidos en el presente estudio, Jansen, Ishchanova, & Hilger (2018), realizaron una investigación acerca de la soledad emocional y social con la participación de 689 estudiantes universitarios, en donde los resultados obtenidos señalaron que 64,4% de los participantes presentaba niveles bajos de soledad, el 32,4% niveles moderados y el 3,2% niveles altos. Por lo cual, se destaca una similitud de los datos obtenidos, tomando como factor común a la población utilizada en ambas investigaciones (estudiantes universitarios), pero hallando un contraste en el desencadenante asociado, el cual según de Diehl, Jansen, Ishchanova, & Hilger, se debió al manejo de habilidades interpersonales de los participantes y transición de escuelas a universidades.

3.1.3. Comportamientos obsesivos compulsivos y nivel de soledad social según sexo.

Objetivo Específico 3: Comparar la presencia de comportamientos obsesivos compulsivos y el nivel de soledad social según el sexo.

Tabla 8

*Tabla de contingencia Dimensiones OCI R * Sexo*

Tabla de contingencia Dimensiones OCI R * Sexo					
		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Dimensiones OCI R	Ausencia de TOC	Recuento	24	80	104
		% dentro de Dimensiones OCI R	23,1%	76,9%	100,0%
	Rasgos de TOC	Recuento	41	114	155
		% dentro de Dimensiones OCI R	26,5%	73,5%	100,0%
Total	Presencia de TOC	Recuento	15	38	53
		% dentro de Dimensiones OCI R	28,3%	71,7%	100,0%
		Recuento	80	232	312
		% dentro de Dimensiones OCI R	25,6%	74,4%	100,0%

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

De acuerdo con la estadística presentada se tiene que de los 155 adultos que se encuentran dentro de la dimensión de rasgos de TOC, 41 participantes, representativo al 26,5% fueron hombres y 114 participantes, representativo al 73,5% fueron mujeres.

Tabla 9

*Pruebas Chi-cuadrado "Dimensiones OCI R * Sexo"*

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,609 ^a	2	,738	,740
Razón de verosimilitudes	,613	2	,736	,740
Estadístico exacto de Fisher	,646			,740
Asociación lineal por lineal	,585 ^b	1	,445	,445
N de casos válidos	312			

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación *Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos*.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

En cuanto a la correlación de las Dimensiones OCI – R con el Sexo de los participantes, se optó por el uso de la Prueba de Chi cuadrado, debido a la diferencia poblacional existente (80 hombres; 232 mujeres). La significancia asintótica (bilateral) de la prueba aplicada fue de 0,738, por lo cual se determina la ausencia de relación entre las Dimensiones OCI – R con el Sexo de los participantes (Sig. asintótica “bilateral” > 0,05).

Tabla 10

*Tabla de contingencia Niveles de soledad social * Sexo*

		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Niveles de soledad social	Nivel bajo de soledad social	Recuento	48	117	165
		% dentro de Dimensiones OCI R	29,1%	70,9%	100,0%
	Nivel medio de soledad social	Recuento	29	112	141
		% dentro de Dimensiones OCI R	20,6%	79,4%	100,0%
	Nivel alto de soledad social	Recuento	3	3	6
		% dentro de Dimensiones OCI R	50,0%	50,0%	100,0%
Total		Recuento	80	232	312
		% dentro de Dimensiones OCI R	25,6%	74,4%	100,0%

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación *Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos*.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

De acuerdo a la estadística presentada se tiene que de los 165 adultos que se enci en un nivel bajo de soledad social, 48 participantes, representativo al 29,1% fueron hombres y 117 participantes, representativo al 70,9% fueron mujeres. Así mismo, 141 adultos se encuentran dentro del nivel medio de soledad social, donde, 29 participantes, representativo al 20,6% fueron hombres y 112 participantes, representativo al 79,4% fueron mujeres. Finalmente, 6 adultos se encuentran dentro del nivel alto de soledad social, donde, 3 participantes, representativo al 50,0% fueron hombres y el 50,0% restante representativo a 3 participantes fueron mujeres. Siendo así, que se destaca al grupo de estudio compuesto por mujeres como el predominante en los niveles de soledad social con un 74,4% de los participantes totales, representativo a 232 mujeres.

Tabla 11

*Pruebas de Chi-cuadrado "Niveles de soledad social * Sexo"*

Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,801 ^a	2	,091	,090
Razón de verosimilitudes	4,624	2	,099	,118
Estadístico exacto de Fisher	4,910			,076
Asociación lineal por lineal	1,040 ^b	1	,308	,336
N de casos válidos	312			

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

En cuanto a la correlación de los niveles de soledad social con el Sexo participantes, se optó por el uso de la Prueba de Chi cuadrado, debido a la diferencia poblacional existente (80 hombres; 232 mujeres). La significancia asintótica (bilateral) de la prueba aplicada fue de 0,091, por lo cual se determina la ausencia de relación entre los niveles de soledad social con el Sexo de los participantes (Sig. asintótica “bilateral” > 0,05).

Análisis

Finalmente, de acuerdo a la estadística presentada se destaca que tanto el comportamiento obsesivo compulsivo como los niveles de soledad social no se encuentran relacionadas al sexo de los participantes.

Discusión

Respecto a la variable del Comportamiento Obsesivo Compulsivo relacionado al sexo de los participantes, se tiene que los datos obtenidos señalan una ausencia de relación entre estos, sin embargo, Tripathi, y otros (2018), mencionaron en su estudio sobre las diferencias de género en el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), que de los 945 adultos participantes de su investigación, los hombres presentaron una asociación mayor al TOC, destacándose las compulsiones de verificación, mientras que las mujeres presentaron a nivel general una menor asociación al TOC pero destacándose un mayor énfasis en las compulsiones de acumulación respecto al caso de los hombres.

En cuanto a la variable de Soledad Social, se tiene que, de acuerdo a los datos obtenidos, esta tampoco guarda relación con el sexo de los participantes del presente estudio. Siendo así que estos resultados guardan similitud con la investigación de Martín & González (2021), quienes, señalaron en 7228 adultos, una asociación de la soledad con las clases sociales, pero destacando la ausencia de relación con el sexo de sus participantes.

3.1.4. Correlación de dimensiones de comportamiento obsesivo compulsivo niveles de soledad social

Objetivo General: Identificar la relación entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en adultos

Tabla 12

Correlación de dimensiones de comportamiento obsesivo compulsivo y niveles de soledad social

		Correlaciones	
		Niveles de soledad social	
		Coefficiente de correlación	,233**
Rho de Spearman	Dimensiones OCI R	Sig. (bilateral)	,000
		N	312

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Datos obtenidos del programa estadístico SPSS de la investigación *Comportamiento Obsesivo Compulsivo y su relación con la Soledad Social en adultos*.

Elaborado por: Aldaz, J. (2022)

Análisis

Debido a que las Dimensiones del OCI – R y Niveles de soledad social no fueron concebidas como normales dentro de la Prueba de normalidad ejecutada, se optó por el uso de una prueba no paramétrica para identificar la posible relación entre las variables de estudio.

Se utilizó la Prueba de Spearman, dando como resultado una significancia (bilateral) de 0,000 y un coeficiente de correlación de 0,233, lo cual señalaría la existencia de una correlación estadísticamente significativa de carácter directo entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en la población de estudio, aprobándose de esta forma la hipótesis de investigación (Sig. “bilateral” < 0,05) y (Coeficiente de correlación cercano al valor ± 1).

Discusión

El resultado obtenido en el presente estudio, guarda similitud con la investigación realizada por Abdullah, Parveen, Shahid, & Abdullah (2021), en Pakistan, en donde se destacan que durante la pandemia por la Covid 19, cerca del 86,3% de los participantes de su investigación (adolescentes y adultos), presentaron una relación de los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) con respecto al miedo a contraer la enfermedad y rituales de limpieza, mismos que se asociaron de forma directa a una mayor tendencia a la soledad por temor al contacto con otras personas.

En complemento a lo mencionado, Frías, y otros (2020), demostraron una clara asociación del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), con síntomas depresivos en los hijos de padres con diagnóstico previo de TOC. La investigación contó con la participación de 37 padres diagnosticados con TOC y 40 padres sin diagnóstico previo, en donde se tuvo por objetivo destacar el impacto emocional de las actitudes parentales en sus hijos (7 a 22 años de edad), dando como resultado que los hijos cuyos padres poseían un diagnóstico previo se mostraron más vinculados a síntomas depresivos por factores como el sentimiento de soledad y habilidades parentales pobres.

Finalmente, dentro de una investigación longitudinal de 4 años en población de 382 adultos, se evidencio que la depresión ligada a la soledad suele presentarse como la comorbilidad más recurrente dentro del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), destacando a los síntomas incapacitantes del TOC como una de las principales causas que derivan a que los adultos diagnosticados experimenten una la soledad de carácter social y subjetiva (Oppen, Balcom, Eikelembloom, Rickelt , & Anholt, 2020).

3.2. Verificación de hipótesis

Dado que la prueba de Kolmogorov-Smirnova determinó que la distribución de la población no fue normal, se optó por el uso de la prueba de correlación de Spearman presentada en la tabla 6, en donde se identificó la existencia de relación entre el Comportamiento obsesivo compulsivo y la Soledad social ($Rho = 0.233$, $p < 0,05$), lo cual señalaría la existencia de una correlación estadísticamente significativa de carácter directo entre las variables de estudio y aceptando la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Con los resultados obtenidos, se identificó mediante la prueba de Spearman una significancia (bilateral) de 0,000 y un coeficiente de correlación de 0,233 lo cual señalaría la existencia de una correlación estadísticamente significativa de carácter directo entre el comportamiento obsesivo compulsivo y la soledad social en los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, aprobándose de esta forma la hipótesis de investigación planteada y se rechazándose tanto la hipótesis nula como la alterna.
- De acuerdo con los resultados obtenidos tras la aplicación del instrumento OCI – R, se pudo evidenciar que, de los 312 estudiantes universitarios participantes de la investigación, el 49,7% de ellos obtuvieron un puntaje dentro del rango de los 21 a 40 puntos. Por lo cual se determinó que dicho porcentaje equivalente a 155 estudiantes entre hombres y mujeres, poseían rasgos del trastorno obsesivo compulsivo (TOC), asumiendo de esta forma la presencia del comportamiento obsesivo compulsivo dentro de los participantes.
- Se identificó que dentro de los niveles de soledad social obtenidos mediante la aplicación del instrumento ESTE II, el 52,9% de los participantes mostró un nivel bajo de soledad social, el 45,2% mostró un nivel medio y el 1,9% un nivel alto. Por lo cual se establece que el nivel de soledad social que predomina en los estudiantes universitarios participantes es el nivel bajo de soledad social, lo cual es equivalente a 165 estudiantes con 48 hombres y 117 mujeres.
- Con respecto al sexo de los participantes, se demostró mediante la prueba de Chi – cuadrado la ausencia de relación de dicho factor con las variables de la presente investigación (Comportamiento obsesivo compulsivo y Soledad social), lo cual señalaría que el sexo no sería un factor predisponente a ellas. Sin embargo; los resultados obtenidos destacan una tasa más alta del comportamiento obsesivo compulsivo y de la soledad social en mujeres, lo cual se debería a la diferencia del número de participantes por sexo con el que conto la presente investigación.

4.2. Recomendaciones

- En caso de realizarse investigaciones futuras en la misma población e institución, se recomienda que la aplicación de los instrumentos elegidos sea de forma presencial. Se obtuvo resultados positivos en el uso de la plataforma online “Google Forms” para evitar el uso de material impreso y mayor agilidad al momento de tabular los datos que serían procesados en el paquete estadístico SPSS, sin embargo, se remarca la necesidad de presencialidad al momento de aplicar los instrumentos para garantizar una máxima participación y reducción de sesgos.
- Se debe tener en consideración los resultados obtenidos acerca del comportamiento obsesivo compulsivo, esto debido a que el 50% de los participantes poseían dicha característica y el 17% se destacan por la presencia del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Por lo cual se sugiere que en caso de usar el instrumento OCI – R en futuras investigaciones para identificar la presencia de TOC, se acompañe de una entrevista psicológica como sugiere el instrumento.
- Dado de que el instrumento ESTE II, para identificar los niveles de Soledad Social se encuentra dirigido a población adulta y adulta mayor, se recomienda que en caso de optar por una investigación acerca de dicha variable se pueda tener como población de estudio a los adultos mayores para de esta forma generar más información respecto a la soledad social dentro de ambas poblaciones y cuyos resultados puedan ser contrastados en investigaciones futuras.
- En caso de llevar a cabo una investigación en población universitaria, se deberá tener en consideración la cantidad de participantes por sexo en caso de optar por realizar un contraste entre dicho factor. Siendo así que se recomienda ampliar el número de participantes del estudio para de esta forma contar con una población más equitativa en relación con el sexo y optar por el uso de la prueba U de Mann Whitney y obtener un mejor contraste.

MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias bibliográficas

- Abdullah, I., Parveen, S., Shahid, N., & Abdullah, D. (2021). Anxiety, OCD, delusions, and religiosity among the general public during the COVID-19 pandemic. *International Social Science*, 71(163), 16. doi:<https://doi.org/10.1111/issj.12284>
- Agnete , D., Naja, H., Thomas, G., & Rikke, L. (2021). Smartphone interactions and mental well-being in young adults:. *Scand J Public Health*, 49(3), 8. doi:[10.1177/1403494820920418](https://doi.org/10.1177/1403494820920418)
- Almeida, D., & Marinho, G. (2020). Terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 22(3), 6. doi:<https://doi.org/10.15309/21psd220317>
- American Psychiatric Association. (2014).. Chicago: American Psychiatric. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Bados, A. (2005). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Barcelona: Tractament Psicològics. Obtenido de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/355/1/118.pdf>
- Baruah, U., Pandian, D., Narayanaswamy, J., Math, S., Kandavel, T., & Reddy , J. (2018). Un estudio controlado aleatorizado de intervención familiar breve en el trastorno obsesivo compulsivo. *Revista de trastornos afectivos*, 225(1), 11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.014>
- Beyond OCD. (2007). Alivio para el TOC. 19. Obtenido de <https://adaa.org/sites/default/files/Alivio-para-el-TOC.pdf>
- Bojórquez , C., Quintana, V., & Coronado, A. (2021). El sentimiento de soledad y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Inclusiones*, 8(3), 22. Obtenido de <http://revistainclusiones.org/pdf3/6%20Bojorquez%20et%20al%20VOL%208%20NUM%20ESP,%20SONORA%202021INCL.pdf>

- Cardona, J., Villamil, M., Villa, E., & Quintero, A. (2011). El afrontamiento a la soledad en la población adulta. *MEDICINA U.P.B*, 30(2), 13. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1804/1610>
- Carvajal, G., & Virginia, C. (2009). Soledad en la adolescencia: análisis del concepto. *Aquichan*, 9(3), 11. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300008
- CDC. (2020). *Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves*. Obtenido de National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html#:~:text=La%20soledad%20significa%20sentirse%20solo,solas%20sin%20estar%20socialmente%20aisladas>.
- Chacon, P., Bernardes, E., Faggian, L., Batistuzzo, M., Moriyama, T., Miguel, E., & Polanczyk, G. (2018). Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(4), 11. doi:<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2321>
- Chiao, C., Hua, Y., & ChunYi, C. (2019). Loneliness in young adulthood. *PLoS One*, 14(5), 7. doi:10.1371/journal.pone.0217777
- De la Cruz, N. (2018). Trastorno Obsesivo- Compulsivo. *Revista Medica Sinergia*, 3(11). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v3i11.154>
- Diehl, K., Jansen, C., Ishchanova, K., & Hilger, J. (2018). Loneliness at Universities: Determinants of Emotional and Social Loneliness among Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 9. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph15091865>
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Navarro, S., & Solves, L. (2020). Parenting attitudes in people with obsessive-compulsive disorder and emotional symptoms in their children. *Clínica y Salud*, 31(2), 7. doi:<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a13>

- Frances , A., Pincus, A., & First, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico - IV*. Barcelona: MASSON. Obtenido de <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Foa, E., Huppert, J., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychol Assess*, *14*(4), 18. doi:<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad. *Acta bioethica*, *21*(2), 8. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200006>
- Gené, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad:. *Atención Primaria*, *48*(9), 8. doi:[10.1016/j.aprim.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.008)
- Gerst, K. (2021). Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. *Revista panamericana de salud publica*, *44*(81), 12. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52374/v44e812020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Granillo, L., & Sánchez, R. (2020). Soledad en la pareja y su relación con el apego. *Humanidades y ciencias de la conducta*, *15*(1), 15. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7785365>
- Hidalgo, S. (2021). El papel de la autoestima y la soledad en el uso problemático del smartphone. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, *21*(2), 7. doi:<http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i2.4594>
- Hofer , P., Wahl, K., Meyer, A., Miché, M., Baum, B., & Wong, S. (2018). Trastorno obsesivo-compulsivo y el riesgo de trastornos mentales posteriores. *Anxiety and Depression Association of America*, *35*(4), 6. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22733>
- Huijun, L., Mengru, Z., Qing, Y., & Bin, Y. (2020). Gender differences in the influence of social isolation and loneliness on depressive symptoms in college students.

- Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 55(2), 11. Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/es/mdl-31115597>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2022). *Ecuador cuenta con su reloj poblacional*. Obtenido de Ecuador en Cifras: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-cuenta-con-su-reloj-poblacional/>
- Ingram, I., Kelly, P., Deane, F., & Raftery, D. (2018). Loneliness in Treatment-Seeking Substance-Dependent Populations. *Diario de Diagnóstico Dual*, 1(9), 8. doi:<https://doi.org/10.1080/15504263.2018.1498565>
- Lindsay, E., Shinzen, Y., Kirk, B., Smyth, J., & Creswell, D. (2019). Mindfulness training reduces loneliness and increases social contact in a randomized controlled trial. *Proc Natl Academic Science USA*, 116(9), 8. doi:<https://doi.org/10.1073/pnas.1813588116>
- Malpica, M., Ruiz, V., Godoy, A., & Gavino, A. (2009). Inventario de Obsesiones y Compulsiones-Revisado (OCI-R): Aplicado a la población general. *Anales de Psicología*, 25(2), 10. Obtenido de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87481/84231>
- Mancini, F. (2001). Un modelo cognitivo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista De Psicoterapia*, 11(42), 26. Obtenido de <https://revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/516>
- Martín, U., & González, Y. (2021). Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 7. doi:[10.1016/j.gaceta.2020.07.010](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010)
- Mazurie, Z., Mayo, W., & Ghorayeb, I. (2022). Attention-deficit/hyperactivity and obsessive-compulsive symptoms in adult patients with primary restless legs syndrome. *Applied Neuropsychology*, 6(13), 7. doi:<https://doi.org/10.1080/23279095.2022.2057857>
- McNally, R., Mair, P., Mugno, B., & Riemann, C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: a Bayesian network approach. *Psychological Medicine*, 47(7), 8. doi:<https://doi.org/10.1017/S0033291716003287>

- Ministerio de Salud Publica de Ecuador. (2021). *330 profesionales se capacita salud mental*. Obtenido de MSP: <https://www.salud.gob.ec/330-profesionales-capacitaron-salud-mental-ecuador/>
- Ministerio de Salud Publica de Ecuador. (2021). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Obtenido de MSP: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- Mundial, B. (2021). *Poblacion Mundial*. Obtenido de BIRF - AIF: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL?view=chart>
- Montero, M., Lena, L., & Sánchez, J. (2010). La soledad como fenómeno. *Salud Mental*, 24(1), 9. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam011d.pdf>
- Muchnik, E., & Seidmann, S. (2004). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/uta/66159>
- Oppen, T., Balcom, A., Eikeleboom, M., Rickelt, J., & Anholt, G. (2020). The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *European Psychiatry*, 44, 12. Obtenido de <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/abs/longterm-association-of-ocd-and-depression-and-its-moderators-a-four-year-follow-up-study-in-a-large-clinical-sample/7F2C36A21D28B76504087426FFD2FF33>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2021). *Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves*. Obtenido de CMD: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html>
- Organizacion de las Naciones Unidas. (2019). *Poblacion*. Obtenido de Naciones Unidad: <https://www.un.org/es/global-issues/population>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. *Revista Informativa de la Organización mundial de Salud*, 89. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

- Organizacion Panamericana de Salud. (2018). *Día Mundial de la Salud Mer depresión es el trastorno mental más frecuente*. Obtenido de OPS: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-día-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- Pinel, M., Rubio, L., & Rubio, R. (2009). Un instrumento de medición de soledad social: ESTE II. *Calidad de Vida*, 16. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-este2.pdf>
- Primicias. (2021). *El 69% de la población del Ecuador es joven, una ventaja frente al COVID 19*. Obtenido de <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/ecuador-poblacion-joven-ventaja-covid/>
- Pérez, I. (2013). Diagnóstico diferencial entre el trastorno obsesivo compulsivo y los patrones de comportamiento, actividades e intereses restringidos y repetitivos en los trastornos del espectro autista. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(4), 11. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.005>
- Raheb, C. (2012). *Clasificación en paidopsiquiatria*. Barcelona: Schola. Obtenido de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/sistemas_clasificacion_dsm-iv_cie-10.pdf
- Roncero, M., Belloch, A., Cabedo, E., & Carrió, C. (2017). Sucesos vitales estresantes en el inicio del trastorno. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(2), 11. doi:10.24205/03276716.2017.1016
- Rosa, Á., Olivares, P., Martínez, I., Parada, L., Rosa, A., & Olivares, J. (2020). Cognitive flexibility and response inhibition in patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *International journal of clinical and health psychology*, 20(1), 6. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7216957>
- Sabucedo, J., & Morales, J. (2015). *Psicología Social*. España: Panamericana. Obtenido de

<https://www.medicapanamericana.com/VisorEbookV2/Ebook/97884982?token=e280d575-059e-4cf1-90cafte>

- Skapinakis, P., Politis, S., Karampas, A., Petrikis, P., & Mavreas, V. (2019). Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 23(3), 7. doi:<https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1588327>
- Skliar, C. (2016). Niñez, infancia y literatura. *Revista crítica*, 19(28), 72. Obtenido de <https://criticapsicologia.unr.edu.ar/wpcontent/uploads/2018/12/Revista%20critica%20I%20-%20COMPLETA.pdf#page=20>
- Tripathi, A., Avasthi, A., Grover, S., Sharma, E., Lakdawala, B., Dan, A., . . . Reddy, J. (2018). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a multicentric study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 37(3), 7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.022>
- Urrego, D., & Cocoma, J. (1999). Por la Salud Mental. *Revista de Salud Pública*, 1(1), 3. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00641999000100058
- Valerio, G., Herrera, D., & Rodríguez, M. (2019). Asociación entre el nivel de soledad percibido y el uso de Internet en las personas sin hogar. *saude e sociedade*, 29(2), 14. doi:10.1590/S0104-12902020181116
- World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zakhour, S., Nardi, A., Levitan, M., & Appolinario, J. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents. *Trends Psychiatry Psychother*, 42(1), 9. Obtenido de <https://www.scielo.br/j/trends/a/hQYxyYBpZ4SbMHT45MmKnWg/?lang=en>

Anexos

Anexo 1

Instrumentos de recolección de datos

OCI-R

Nombre:

Genero:

Las siguientes afirmaciones se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. Rodea con un círculo el número que mejor describe cuánto malestar o molestia te ha producido esta experiencia durante el último mes. Las cifras se refieren a las siguientes categorías:

Ninguno, Nada, En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

1	Acumular cosas hasta el punto de que le estorban	0	1	2	3	4
2	Comprobar las cosas más a menudo de lo necesario	0	1	2	3	4
3	Que las cosas no estén bien ordenadas	0	1	2	3	4
4	Sentir la necesidad de contar mientras está haciendo cosas	0	1	2	3	4
5	Tocar un objeto cuando sabe que lo han tocado desconocidos o ciertas personas	0	1	2	3	4
6	No poder controlar sus propios pensamientos	0	1	2	3	4
7	Acumular cosas que no necesita	0	1	2	3	4
8	Comprobar repetidamente puertas, ventanas, cajones, etc.	0	1	2	3	4
9	Que los demás cambien la manera en que ha ordenado las cosas	0	1	2	3	4
10	Tener necesidad de repetir ciertos números	0	1	2	3	4
11	Tener a veces que asearse o lavarse por el mero hecho de sentirse contaminado/a	0	1	2	3	4
12	Tener pensamientos desagradables en contra de su voluntad	0	1	2	3	4

13	Sentirse incapaz de tirar cosas por temor a necesitarlas después	0	1	2		
14	Comprobar repetidamente el gas, el agua y la luz después de haberlos cerrado/ apagado	0	1	2	3	4
15	Tener la necesidad que las cosas estén ordenadas de una determinada manera	0	1	2	3	4
16	Sentir que existen números buenos y malos	0	1	2	3	4
17	Lavarse las manos más a menudo y durante más tiempo de lo necesario	0	1	2	3	4
18	Tener con frecuencia pensamientos repugnantes y que le cueste librarse de ellos.	0	1	2	3	4

Anexo 2

ESACALA ESTE II

La Escala Este II está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca.

Esta escala se divide en tres factores:

- Factor 1: Percepción del apoyo social.
- Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.
- Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Factor 1: Percepción de apoyo social				
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1	¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2	¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3	¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4	¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5	¿Se siente triste?	2	1	0
6	¿Se siente usted solo?	2	1	0
7	¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8	¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías				
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
9	¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10	¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?	0	1	2
11	¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de participación social subjetiva				

		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
12	Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13	¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14	¿Acude a eventos o sitios donde puede mantener contacto con personas de su edad?	0	1	2
15	¿Le gusta participar en las actividades de ocio como fiestas, reuniones con amigos o salidas?	0	1	2
Puntuación en soledad social ____ Pts.				

Hoja de aplicación

Nombre:

Genero:

Marque con una X la respuesta que considere más apegada a su realidad

Factor 1: Percepción de apoyo social				
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
1	¿Ud. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?			
2	¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?			
3	¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?			
4	¿Siente que no le hacen caso?			
5	¿Se siente triste?			
6	¿Se siente usted solo?			
7	¿Y por la noche, se siente solo?			
8	¿Se siente querido?			
Factor 2: Uso de nuevas tecnologías				
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA

9	¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?			
10	¿Utiliza Ud. el ordenador (consola, juegos de la memoria)?			
11	¿Utiliza Ud. Internet?			
Factor 3: Índice de participación social subjetiva				
		SIEMPRE	AVECES	NUNCA
12	Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?			
13	¿Le resulta fácil hacer amigos?			
14	¿Acude a eventos o sitios donde puede mantener contacto con personas de su edad?			
15	¿Le gusta participar en las actividades de ocio como fiestas, reuniones con amigos o salidas?			
Puntuación en soledad social ____ Pts.				