

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas

**Campaña Hablemos Claramente: Intercambiamos Roles
“Trastorno Obsesivo Compulsivo”**

Fátima Salomé Bassante León

Stefanía Margarita Coronel Trejo

Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Comunicación Organizacional y Relaciones Públicas

Quito, 21 de diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE COMUNICACIÓN Y ARTES
CONTEMPORÁNEAS

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Campaña Hablemos Claramente: Intercambiamos Roles

“Trastorno Obsesivo Compulsivo”

Fátima Salomé Bassante León

Stefanía Margarita Coronel Trejo

Calificación:

Gabriela Falconí M.A.
Director de Trabajo de Titulación

Firma del profesor

Quito, 21 de diciembre de 2015

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Stefania Margarita Coronel Trejo

Código: 00104675

Cédula de Identidad: 1713677738

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Fátima Salomé Bassante León

Código: 00103940

Cédula de Identidad: 1720901899

Lugar y fecha: Quito, 21 de diciembre de 2015

RESUMEN

La siguiente investigación muestra un estudio detallado sobre la realidad del Trastorno Obsesivo Compulsivo a nivel internacional y nacional, basada en métodos cualitativos, cuantitativos y teorías certificadas por la OMS y la APA, así como por el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Discapacidades, todo con el objetivo de desarrollar una campaña de comunicación enfocada a cambiar la realidad de un barrio de clase media-baja determinado y apoyar económicamente a una fundación relacionada con el TOC.

ABSTRACT

The following investigation shows a detailed study of the reality of Obsessive Compulsive Disorder in the international and national field, based on qualitative, quantitative methods and certified theories from the WHO, the APA, the Ministry of Public Health and the National Council on Disabilities, everything to develop a communication campaign aimed to change the reality of a certain neighborhood of low-middle class and finally give financial support to a foundation related to OCD.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Introducción.....	9
2.	Desarrollo del tema.....	10
	2.1 Investigación Internacional.....	10
	2.1.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	10
	2.1.2 Obsesiones.....	19
	2.1.3 Compulsiones.....	21
	2.1.4 Ejemplos de compulsiones, obsesiones y conductas de evitación.....	23
	2.1.5 Trastorno Obsesivo compulsivo en la adolescencia.....	28
	2.1.6 Variables sociodemográficas y Epidemiología.....	34
	2.1.7 Tratamiento.....	39
	2.1.8 Estimulación Cerebral profunda.....	43
	2.1.9 Campañas Internacionales.....	43
	2.2 Investigación nacional.....	44
	2.2.1 Calidad de vida de los pacientes con TOC.....	48
	2.2.2 TOC en adolescentes.....	48
	2.2.3 Tratamiento.....	50
	2.2.4 Hospitales y centros de atención.....	54
	2.2.5 Testimonios.....	59
3.	Centro de Reposo San Juan de Dios.....	65
4.	Planteamiento de campaña.....	66
	4.1 Objetivos.....	66
	4.2 Duración.....	67
	4.3 Público objetivo.....	67
	4.4 Barrio.....	67
	4.5 Mensaje.....	68
	4.6 Logotipo.....	68
	4.7 Slogan.....	69
	4.8 Producto comunicacional.....	69
	4.9 Auspiciantes.....	70
	4.10 Padrino de la campaña “Intercambiemos Roles”.....	72
	4.11 Planificación.....	73
	4.12 Campaña BTL.....	77
	4.13 Charlas informativas.....	80
	4.14 Activismo.....	82
	4.15 Cuña radial.....	85
	4.16 Video informativo.....	85
	4.17 Cronograma.....	87
	4.18 Presupuesto.....	88
	4.19 Objetivos vs logros.....	89
	4.20 Logros inesperados.....	90
5.	Medios de Comunicación.....	90
6.	Campaña en Redes Sociales.....	92
7.	Conclusiones.....	95
8.	Referencias Bibliográficas.....	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1: Prevalencia del TOC a nivel mundial.....	36
Tabla2: Tabla estadística de discapacidad.....	46
Tabla3: Tabla de medicamentos.....	52
Tabla4: Tabla de costos de medicamentos.....	52
Tabla5: Tabla de costos de medicamentos genéricos.....	53
Tabla6: Cronograma de actividades de la campaña.....	87
Tabla7: Presupuesto de la campaña.....	88
Tabla8: Objetivos vs logros.....	89
Tabla8: Clipping.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tasa de prevalencia de los trastornos.....	39
Figura 2: Tasa de prevalencia hombres y mujeres.....	39
Figura 3: Logo del Centro de Reposo San Juan de Dios.....	65
Figura 4: Logo de “Hablemos claramente”.....	68
Figura 5: Slogan de “Intercambiemos Roles”.....	69
Figura 6: Diseño de etiqueta para el producto comunicacional.....	69
Figura 7: Producto comunicacional	70
Figura 8: Logo de Coaching The Mind.....	70
Figura 9: Logo de Humanité- Estética Integral.....	71
Figura 10: Logo de JOY.....	71
Figura 11: Logo de Beach House.....	71
Figura 12: Daniel Machado “El Jack”.....	72
Figura 13: Difusión del evento por la página del Facebook del COCOA.....	74
Figura 14 Desarrollo del Comedy Night por el TOC.....	75
Figura 15: Desarrollo del Comedy Night por el TOC.....	75
Figura 16: Afiche de Comedy Night por el TOC.....	76
Figura 17: Entrada al evento Comedy Night por el TOC.....	76
Figura 18: Producto de enganche.....	78
Figura 19: Tríptico portada.....	79
Figura 20: Tríptico Contraportada.....	79
Figura 21: Selfitis con la comunidad de Alangasí.....	80
Figura 22: Selfitis con la comunidad de Alangasí.....	80
Figura 23: Arte sobre las charlas informativas.....	81
Figura 24: Primera charla informativa.....	81
Figura 25: Segunda charla informativa.....	82
Figura 26: Difusión del activismo desde la página de Facebook del COCOA.....	83
Figura 27: Desarrollo del activismo.....	84
Figura 28: Desarrollo del activismo.....	84
Figura 29: Video informativo sobre el TOC.....	87
Figura 30: Logo de la bodega musical.....	90
Figura 31: Logo de radio hot.....	91
Figura 32: Logo de radio exa.....	91
Figura 33: Logo de radio deportiva.....	91
Figura 35: Logo de radio alangasí.....	91
Figura 35: Pàgina de “Intercambiemos Roles” en Facebook (El Jack)	95
Figura 36: Pàgina de “Intercambiemos Roles” en Facebook (K-tleya)	92

1. INTRODUCCION

A lo largo de la historia, los asuntos relacionados con la salud mental han sido dejados a un lado debido a falta de información. Actualmente no existen suficientes estudios relacionados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo a nivel internacional y nacional, por lo que es necesario brindar a la sociedad un aporte enfocado en permitir comprender de una manera más fácil y profunda la realidad sobre este trastorno que el día de hoy no se conoce en su totalidad. Se plantea estudiar la etiología del Trastorno Obsesivo Compulsivo y su tratamiento, tomando en cuenta que este trastorno psicológico lleva a la discapacidad parcial o total del individuo que lo padece, debido al sufrimiento y angustia que éste genera.

La investigación revisa todos los aspectos que conducen a la comprensión total del TOC como tal y su clasificación actual en los sistemas propuestos por la OMS y por la APA, así como los aspectos más estudiados con respecto a la clínica y psicopatología de este trastorno. En esto radica la importancia de trabajar en ayuda de la población de adolescentes y jóvenes que sufren trastornos psicológicos sin estar totalmente informados de lo que padecen. El documento brinda información que permite comprender de una manera más fácil y profunda la realidad sobre este trastorno que el día de hoy no es conocido totalmente en el Ecuador. El estudio se basa especialmente en las aportaciones informativas de entrevistas a médicos especialistas en el área, testimonios de pacientes y la base de datos del Ministerio de Salud Pública y el Consejo Nacional de Discapacidades para revisar todos los aspectos que conducen a la comprensión total del TOC dentro del país, así como los hospitales y centros de atención disponibles para los pacientes que padecen enfermedades mentales.

2 DESARROLLO DEL TEMA

2.1 Investigación Internacional

El trastorno Obsesivo compulsivo es un trastorno psicológico que ha existido desde la antigüedad; en la que se han citado un sin número de descripciones. La primera hace referencia a aquellas compulsiones de limpieza de un monje budista y se exaltan hace más de 20 siglos. Esto se consideró como parte de este trastorno psicológico a partir del siglo XIX.

El siglo XIX fue una época crucial para el desarrollo de lo que ahora denominamos como “trastornos psicológicos”. A comienzos de este siglo, los neurólogos solo utilizaban una clasificación moral determinada por variables sociales y conductuales de los individuos. A lo largo del siglo XIX es que por medio de observaciones se plantearon reglas empíricas que llegaron a catalogar a estas modificaciones conductuales como “trastornos”.

Los trastornos psicológicos se definen como un conjunto de cambios conductuales que causan discapacidad y malestar clínicamente significativo en una persona. El término trastorno psicológico, se utiliza para rectificar que estos cambios en la conducta de las personas no son de carácter biológico, al contrario se encuentran estrechamente ligados al historial de aprendizaje del individuo. “La gente ve los trastornos psicológicos como enfermedades del cerebro, y no como defectos del carácter, el estigma parece disiparse” (Stein, 2007).

Las formas obsesivas de conducta se han presenciado de manera frecuente en casi todos los períodos históricos y culturales, a pesar de que este término recién se desarrolló y se aplicó a finales del siglo XIX. (Berrios, 1995).

Jean Étienne Dominique Esquirol fue quien incorporó al estudio psicológico estas manifestaciones obsesivas, al comienzo se lo denominó como monomanía volitiva (o sin delirio), lo que significa que es una actividad que no se la puede controlar en dónde dichos actos no nacen de su emoción ni de su razón, las mismas que se presentan de manera inconsciente y dónde su voluntad no lo puede controlar ni interrumpir. Este concepto de monomanía volitiva fue una clasificación que no se tomó mucho en cuenta por los psiquiatras en esa época, por lo que con el paso del tiempo este término desapareció; dejando un vacío en la conceptualización del trastorno, hasta que Freud incorporó este término de Trastorno Obsesivo Compulsivo al amplio grupo de la que hoy denominamos “neurosis”. (Esquirol, 1840)

Según Wechsler, las obsesiones son “ideas parásitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, imponiéndose a ella contra su voluntad, atravesándose e impidiendo el juego normal de las ideas y siendo siempre reconocidas por el propio enfermo como anormales y extrañas a su yo” (Wechsler, 1999). Parte del punto de vista “patogénico intelectual” de las obsesiones y deja de lado las “creencias obsesivas” que no siempre son reconocidas como extrañas y a su vez lo que se puede definir como componentes afectivos por propio derecho de la persona que padece esta enfermedad. Esta fue una definición que se esperaba que sea universal. (Mulder, 1977).

Krafft-Ebing, utilizó el término *Zwangsvorstellung* para referirse a todo aquel pensamiento que bajo ninguna circunstancia se puede resistir (Karno, 1988). *Zwang* proviene del alemán *Twang*. En el período germano significaba forzar, teniendo como origen *tvanzkti* (el tira de si mismo) (Monterroso, 1999). A partir de 1887, Westphal implementó este término resaltando dicha palabra como “forzado u obsesivo” y que a su vez Kurt Schneider

recalca que esto constituyó un “punto de partida de toda la doctrina de las obsesiones” (Schneider,1975).

En realidad se estudió mas a profundidad la clínica y la psicopatología sobre los cuadros obsesivos. La conceptualización de acoso mental, obsesión, impulsión, compulsión, idea imperativa, entre otras no se desarrollaron de la mejor manera sino hasta el final del siglo XIX. Antes de este tiempo, esta terminología se utilizaba como un lenguaje común que se aplicaban a los actos mentales “voluntarios”.

En el siglo XIX, desde el punto nosológico se pueden mencionar tres etapas:

- Una forma de locura involuntaria o también denominada monomanía.
- El período de evolución después de que el término monomanía fue rechazado.
- La clasificación del trastorno obsesivo compulsivo dentro del grupo de la neurosis, después de la conceptualización de neurosis y psicosis en la segunda mitad del siglo XIX.

Las etapas mencionadas anteriormente son caracterizadas por la propuesta unitaria de concepto, Legrand du Saulle fue quien unificó el problema de este trastorno por medio de sus observaciones clínicas por lo que terminó proponiendo tres períodos, los mismos que los clasificó por determinados grupos de síntomas característicos. (Salkovskis, 1989).

Años antes de que Legrand du Saulle aportara con esta teoría útil, no hubo cabida al cuestionamiento sobre la posición unificadora de las obsesiones, por lo que esto generó un sin número de debates relacionados con los trastornos obsesivos tales como:

- Si el trastorno obsesivo era un trastorno intelectual primario, de la voluntad o de las emociones.
- Si éste se podría desarrollar solamente con la presencia de la neurastia, o si necesitaba que exista otro trastorno psicológico específico. Neurastia se define como el diagnóstico más común de la época antigua.
- Si eran netamente la demostración de una enfermedad tradicional o de personalidad.
- Si este trastorno podía estar acompañado por trastornos psicológicos más agresivos tales como la locura sistemática o la depresión.
- Si se debía a lesiones netamente del cerebro o eran fenómenos psicológicos naturales.

Dichos debates se juntaron en tres diferentes propuestas etiológicas sobre lo que denominamos Trastorno Obsesivo Compulsivo: propuestas emocionales (Kraepelin , Bleuler, Morel, Freud, Legrand du Saulle), propuestas volitivas (Ribot y Arnaud, Esquirol) y propuestas intelectualistas (Magnan, Griesinger, Tuke, Wernike, Westphal).

Según Berrios, los debates sobre la nosología, etiología o primacía de la emoción, siguen en vigencia (Berrios, 2006). Debates sobre la etiología, nosología o primacía de la emoción, entre otros, siguen vigentes en la actualidad (Berrios, 2006). Sin embargo, éstas tuvieron que enfrentarse a la heterogeneidad sintomatológica que se reveló en las manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo.

Desde el punto de vista cognitivo-conductual, los trastornos psicológicos se producen por traumas generalmente infantiles, basándose en historias de aprendizaje desadaptativas, este tipo de traumas se convierten en un determinante en la manera en la que una persona actúa y piensa. A nivel mundial los trastornos psicológicos más comunes son: la ansiedad, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, depresión, adicciones, fobias, trastornos sexuales, entre otros. En este caso analizaremos el trastorno obsesivo compulsivo o conocido también como TOC.

2.1.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad en el que la persona que lo padece mantiene pensamientos repetidos que no son agradables. Estas son las sensaciones e ideas que producen obsesión y gran angustia. Después de crear la obsesión, la persona siente la necesidad de desarrollar una compulsión para aplacar los pensamientos no deseados. Las compulsiones se muestran como acciones repetitivas; por ejemplo, limpiar, lavarse las manos, controlar objetos, entre otros.

Cabe recalcar que según la Oxford University Press, no se considera un síntoma de trastorno obsesivo compulsivo a todas las actividades repetitivas, sino a aquellas que en base a los pensamientos continuos no deseados, impulsan las compulsiones que perturban el diario vivir de la persona que lo padece. Por lo tanto, para que una persona tenga un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo, ésta debe presentar obsesiones y compulsiones que sobrepasen la duración de una hora al día, causando desesperación e impidiendo el desarrollo social de la persona. (Franklin, M.E. y Foa, E.B. 2002)

El trastorno obsesivo compulsivo o denominado también como TOC es un trastorno específicamente de ansiedad, en donde el foco de este es el miedo excesivo de un suceso terrible. Este problema radica por la aparición de compulsiones y obsesiones que causan un malestar que interfiere de manera negativa en la vida de la persona que sufre este trastorno psicológico.

El TOC es un desorden que muestra características crónicas, los estudios de esta patología no han logrado concluir la causa primordial de este trastorno ya que se ha estudiado la edad de inicio temprana, la comorbilidad psiquiátrica y la pobre respuesta al tratamiento, sin que se tenga hasta el día de hoy una respuesta contundente. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Se caracteriza a la condición clínica del Trastorno Obsesivo Compulsivo principalmente por la presencia de obsesiones y compulsiones. Para tener más claro este concepto, es necesario entender qué es una obsesión. Una obsesión es una imagen, una idea o un pensamiento constante que persiste de manera muy fuerte en la persona, se presenta de manera parásita y que genera angustia por el hecho de que estos pensamientos suelen ser indeseables.

El trastorno obsesivo compulsivo entona con cuatro divisiones especificadas según el psiquiatra James F. Leckman, entre las cuales están las obsesiones sexuales, obsesiones relacionadas con la religión, obsesiones de agresión, manías de revisión y obsesiones físicas.

A esto se junta el empeño por la simetría en el orden, las repeticiones y el conteo. Se presentan preocupaciones por la contaminación que incitan a la limpieza y lavado recurrente, así como intenciones de almacenamiento.

Sin embargo, la desigualdad entre estas expresiones son usualmente fáciles de examinar por el médico clínico, tan solo se las puede diferenciar cuando muestran una interferencia entre moderada a grave.

El trastorno obsesivo compulsivo al inicio se experimenta como absurdas y la persona que lo padece considera éstos síntomas como intrusos, aunque después solo lo niega y pone oposición a lo ocurrido. En algunos casos esto va acompañado con la necesidad de realizar una acción repetitiva tal cual fuera un ritual obsesivo el mismo que tiene la finalidad de reducir esa angustia, este tipo de rituales pueden ser el apagar y prender la luz 6 veces en menos de un minuto, así se aseguran de que lo hicieron y desfogaron sus angustia. Al principio la persona trata de resistirse y de luchar en contra de esto, sin resultados prolongados. Al cumplir con estos “rituales” sienten una sensación de alivio que lastimosamente es temporal; es por esto que estas compulsiones son repetitivas y comunes. Las compulsiones en algunos casos pueden generar resistencia.

Las conductas obsesivas invaden de manera agresiva la conducta de la persona, estas conductas causan un malestar intenso, traduciéndose en un círculo vicioso que empieza con la aparición de un pensamiento o idea obsesiva, seguido por la ansiedad, el alivio por la realización de dicho ritual y nuevamente se reinicia con la aparición de un pensamiento obsesivo.

Este trastorno obsesivo se diferencia de otros trastornos del pensamiento ya que el afectado reconoce que las ideas que tiene nacen de su yo interior y se da de manera involuntaria y angustiada, sin opción a controlar, incapacitando así a la persona en su vida normal ya que estas ideas intervienen de manera invasiva en ciertas áreas de su vida tales como: familiar, social, personal, emocional, etc.

Es así, que se puede decir que las compulsiones y las obsesiones de cierta manera tienen algo en común; en que las dos son un impulso persistente en la conducta y conciencia del individuo, tener una sensación de temor acompañada con ansiedad lleva a la persona a buscar solución a ese impulso. En teoría, estos síntomas son denominados como “egodistónicos”, lo que significa que éstos se presentan y se experimentan como algo totalmente diferente a la experiencia mental autónoma de cada persona (Kaplan y Sadok, 1998).

El trastorno obsesivo compulsivo se diferencia de la psicosis porque la persona conceptualiza esta intromisión en su mente como algo absurdo e irracional. Según Kaplan, la persona que padece este trastorno generalmente siente un enorme deseo por resistirse a las compulsiones y obsesiones por las que atraviesa comúnmente. Alrededor del 80% de los pacientes que padecen este trastorno creen que las compulsiones son irracionales. Es por esto que casi la mitad de ellos no ponen mucha resistencia a esto por lo que consideran que es algo que no depende de ellos. (Kaplan y Sadock, 1998).

En algunos casos, los rituales y las ideas obsesivas que se han generado, toman proporciones de ideas con mucho valor, convirtiendo estas acciones en algo moralmente correcto, lo mismo que les lleva a tomar decisiones erróneas que pueden llegar a ser sumamente perjudiciales para ellos.

Con respecto a la sintomatología clínica del trastorno obsesivo compulsivo se pueden presentar de diferente manera, pudiendo modificar y solapar a lo largo del acontecimiento de los mismos. Como pudimos en la reseña histórica, la definición de este trastorno ha ido variando de muchas maneras y en muchas ocasiones; sin embargo, en los principales sistemas de clasificación de trastornos mentales (OMS y APA) se considera a este trastorno como unitario, desde las teorías antiguas hasta la actual.

Según la CIE-10, el trastorno obsesivo compulsivo se define como “ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Suelen ser desagradables (por su contenido violento u obsceno, o simplemente porque son percibidos como carentes de sentido) y el que los padece suele intentar, por lo general sin éxito, resistirse a ellos”. (CIE-10)

A su vez definen a los rituales o actos compulsivos como “formas de conducta estereotipada que se repiten una y otra vez. No son por sí mismos placenteros, ni dan lugar a actividades útiles por sí mismas. Para el enfermo tienen la función de prevenir que tenga lugar algún hecho objetivamente improbable. Suele tratarse de rituales para conjurar el que uno mismo reciba daño de alguien o se lo pueda producir a otros. A menudo, aunque no siempre, este comportamiento es reconocido por el enfermo como carente de sentido o de eficacia, y hace reiterados intentos para resistirse a él. En casos de larga evolución, la resistencia puede haber quedado a un nivel mínimo”. (CIE-10)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, escrito por el departamento de Psicología Médica y Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, la descripción de los subtipos clínicos a posibilitado la realización de distintas investigaciones que verifican que los factores tienen como característica las expresiones clínicas que se relacionan con el género, la personalidad, la edad de inicio entre otros que son moderados mediante “patrones relativamente distintos de activación de circuito que representan predictores de respuesta a los inhibidores de recepción de la serotonina, y finalmente, se relacionan con diferentes patrones de transmisión genética, donde pueden ser asociados, a su vez, con susceptibilidad específica, lo cual ha constituido uno de los mayores aportes para la realización de fenotipos más homogéneos, basados en estas dimensiones, para

la realización de futuros estudios genéticos, de nosología diagnóstica y de tratamiento”. (MDETM, 1995).

2.1.2 Obsesiones

Las obsesiones son pensamientos repetidos y duraderos que producen emociones de angustia como la irritación y la ansiedad. Las personas con trastorno obsesivo compulsivo están consientes de que su mente es la responsable de provocar los excesivos pensamientos e imágenes no deseadas. La irracionalidad de los pensamientos no pueden ser entendidos por el discernimiento y la lógica, es por esto que la persona trata de ignorar y pasar por alto las obsesiones con ayuda de acciones específicas u otros pensamiento. (OMS, 1992).

En el trastorno obsesivo compulsivo se define a las obsesiones como imágenes, pensamientos o impulsos no deseados que se presentan de manera repetitiva causando ansiedad en la persona, todo esto es porque cree que alguien va a hacer daño, que le van a hacer daño o que algo malo va a pasar y que esa persona no lo va a poder controlar y por ende la culpa recaerá sobre él. (APA, 2000)

Las obsesiones son pensamientos que no se buscan, sino que se presentan de manera inesperada, convirtiéndose en pensamientos intrusos que hagan lo que hagan no se pueden controlar ni mucho menos evitar. Es por esto que la persona trata de resistirse o simplemente borrarlos por medio de “las conductas de evitación”. Las personas que padecen este trastorno son incapaces de explicar el por qué y el origen de esos pensamientos que para ellos son considerados como repugnantes, amenazadores y totalmente opuestos a sus ideales o creencias. (H.R. y Vaughan, M. 1987)

Por otro lado, una persona con TOC puede darse cuenta de que los pensamientos indeseados no vienen del exterior sino que son fabricados por su mente. Un ejemplo de obsesión es el miedo a dar la mano a alguien debido a la posibilidad de contaminarse de alguna enfermedad o impureza. También están las dudas recurrentes sobre actos realizados, impulsos agresivos, enfado por el desorden y pensamientos sexuales con imágenes pornográficas repetitivas.

Estos pensamientos, estímulos o imágenes gráficas no son simplemente preocupaciones excesivas por inconvenientes de la vida real como problemas, económicos, laborales, familiares, de educación, culturales, de lenguaje, entre otros, sino que pocas veces están relacionados con la vida real. En el transcurso del trastorno una persona adulta que muestra síntomas de TOC se da cuenta del exceso y la irracionalidad de las obsesiones. Sin embargo, a temprana edad un niño no es consciente de la gravedad de su realidad ni puede llegar a tener conclusiones sobre la gravedad y avance del trastorno. En los adultos puede llegar a notarse una amplia dispersión en el nivel de comprensión de la racionalidad de las obsesiones o compulsiones.

En el trastorno obsesivo compulsivo, las obsesiones y compulsiones llegan a suplir las conductas productivas y satisfactorias y generar un desequilibrio en la vida y desarrollo de la persona. “Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognitivas que requieren concentración, como son la lectura o el cálculo mental. Además, muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Este comportamiento de evitación puede generalizarse y limitar seriamente la actividad global del individuo”. (MDETM, 1995)

Muchas personas con TOC tienen dudas sobre la coherencia de sus obsesiones o compulsiones, y el entendimiento del trastorno obsesivo compulsivo puede transformarse en cuanto al momento y a la ubicación en una misma persona. Un ejemplo de este caso sucede cuando la persona puede reconocer que su inquietud por la probabilidad de obtener una enfermedad es incoherente cuando habla de esto en una consulta con su psicólogo; sin embargo, no piensa de la misma manera en la vida diaria cuando tiene que tocar billetes que sabe que han pasado por muchas manos. (H.R. y Vaughan, M, 1987)

Solo cuando la persona reconoce la irracionalidad de sus obsesiones y compulsiones logra estar dispuesto y poner de parte para enfrentar sus miedos e inseguridades. En este caso, lo mas probable es que el paciente muestre síntomas de ansiedad excesiva que solo desaparecen con la realización de compulsiones. “En el curso del trastorno, y después de repetidos fracasos al intentar resistir las obsesiones o compulsiones, el individuo puede claudicar ante ellas, no volver a desear combatir las nunca más e incorporar estas compulsiones a sus actividades diarias”. (MDETM, 1995)

2.1.3 Compulsiones

Las compulsiones son actos repetitivos o acciones mentales que un individuo se siente estimulado a llevar a cabo como consecuencia de una obsesión. Las acciones se realizan con el objetivo de evitar o disminuir la angustia y el miedo. En los casos más graves, la reproducción insistente de las acciones puede llegar a durar todo un día, de esta manera impidiendo completamente que el individuo se desenvuelva en una vida normal. (H.R. y Vaughan, M, 1987).

El término compulsión se utiliza dentro del psicoanálisis que conceptualiza a una persona aparentemente sana que tiene conductas obsesivas que no las puede resistir. Cuando las ideas obsesivas llegan a la persona que padece el trastorno obsesivo compulsivo, atraviesa una situación fisiológica de ansiedad muy desproporcionada que lleva al miedo y a los nervios también, lo que ocasiona que la conducta de rituales “compulsiones” se lleve a cabo para así evitar que el miedo asociado a los pensamientos obsesivos por los que atraviesa se desarrolle. (H.R. y Vaughan, M. 1987).

Es así que se puede definir a las compulsiones como acciones que comúnmente se realizan como rituales, siguiendo un orden estricto, siendo éstas mentales o motoras. Las compulsiones se asocian concretamente a las obsesiones, la misma que tiene el principal objetivo de reducir el miedo y la ansiedad que se genera frente a determinados pensamientos o situaciones.

Algunos ejemplos de compulsiones según la Asociación Americana de Siquiatría son:

- La limpieza exagerada para disminuir el miedo de que los gérmenes, suciedad o sustancias químicas lo infecten. El individuo pasa varias horas lavándose las manos o limpiando los lugares en donde se encuentra. Repite los rituales de limpieza con el objetivo de acortar la ansiedad.
- La pronunciación de un nombre o una frase insistentemente. Un individuo que sufre de trastorno obsesivo compulsivo está consciente de que en realidad las repeticiones no lo resguardarán ante un daño; sin embargo, el temor vuelve cuando no realiza las compulsiones.
- La comprobación para disminuir el miedo de herirse a sí mismo o a otra persona. Un ejemplo es el pánico de olvidar cerrar la puerta de la casa o apagar la estufa de

gas. Debido a esta razón la persona comprueba varias veces que las actividades de prevención se hayan realizado con el objetivo de desastres.

- Otro ejemplo de compulsiones en el TOC es la organización de objetos en forma simétrica.

- Rezar silenciosamente o declarar frases para menguar la ansiedad o eludir consecuencias futuras de los temores que genera la mente por causa a los pensamientos obsesivos.

Por lo general, las personas obsesionadas por pensamientos irreverentes alcanza el alivio contando del 1 al 10 y viceversa, esto lo llevan a cabo aproximadamente 100 veces por cada uno de los pensamientos no deseados. En ciertas ocasiones las personas con un trastorno obsesivo compulsivo llevan a cabo acciones inalterables que van de acuerdo con normas hechas de una forma singular sin poder mostrar la razón por las que las realizan. “Por definición, las compulsiones resultan claramente excesivas o no están conectadas de forma racional con las ideas que deben neutralizar o prevenir”. (MDETM, 1995)

2.1.4 Ejemplos de compulsiones, obsesiones y conductas de evitación

- **Contaminación.** Se crea una obsesión por el miedo a sufrir algún daño o a su vez de causar daño a alguien por contacto que supuestamente son peligrosas para ellos; estas sustancias pueden ser: sangre, orina, semen, gérmenes, suciedad, animales, secreciones vaginales, radiación, productos de limpieza, etc.

Frente a estas obsesiones se desarrollan compulsiones como ducharse o lavarse las manos de manera consiente, limpiar cosas, desinfectarse, buscar

tranquilizarse, a más de esto evitan por completo el contacto con objetos que se encuentren contaminados tales como hospitales, herraduras de puertas, fundas de basura, baños públicos, etc. Frente a esto aparecen conductas defensivas como abrir las puertas con los codos, usar guantes, dejar o pedir que otros tengan contacto con lo “contaminado”.

- **Daño accidental provocado por enfermedad, accidente o descuido:** Crean obsesiones por dejar la puerta de la casa abierta, aparatos eléctricos encendidos, la llave del gas abierta, escribir cosas comprometedoras, haber atropellado a alguien, no haber prendido la alarma de la casa, pensar que le van a envenenar, que algo malo le pasará a un familiar, etc.

Frente a esto se manifiestan compulsiones de comprobación, es decir que se cercioran repetidamente haber cerrado la puerta, haber apagado los aparatos eléctricos, revisar que el auto no tenga golpes, revisar que la llave de gas esté cerrada, etc. Dicha comprobación no tiene que ser con la persona presente como tal sino pueden ser mentales. Las personas que padecen el trastorno obsesivo compulsivo creen que si no hacen estos rituales de comprobación, pasará algo muy malo de lo cual los únicos culpables serán ellos mismos.

- **Auto violencia física o violencia hacia otros:** Estas obsesiones aparecen en forma de malos pensamientos como lanzar a alguien por la ventana, matar a un familiar apuñalado, ahogar a un hijo con una funda de plástico, imágenes de cuerpos desmembrados, asesinado, etc. Frente a esto se manifiestan compulsiones como pensar en que no se quiere morir, comprobar cientos de veces que no se ha causado daño alguno, buscar tranquilizarse, crear contra

imágenes, etc. Para esto crean conductas de evitación como esconder los cuchillos, no quedarse a solas con el familiar al que puede lastimar.

- **Conductas socialmente inaceptables:** Se presentan obsesiones como ser irrespetuoso con alguna persona fallecida, escribir insultos u obscenidades, mentir, robar, engañar. Las compulsiones que se presentan frente a esto son principalmente el de tratar de mantener el control sobre sus actitudes y su conducta, confesar conductas que no son socialmente aceptadas y que tampoco han pasado, preguntar constantemente a personas externas si no dijo o hizo algo que estuvo mal o que ofendió a otra persona. Para evitar esto dejan de asistir a eventos sociales.
- **Sexo:** Crean obsesiones sobre actos sexuales indeseables como violaciones, pedofilia, etc., se obsesionan con los órganos sexuales, generan dudas sobre su orientación sexual, desencadenando pensamientos homosexuales. Frente a esto se generan compulsiones sobre poner oposición al desarrollo de este tipo de pensamientos, recuerda experiencias heterosexuales para contrarrestar los pensamientos homosexuales que se generan en su mente, realizan rituales mentales como por ejemplo contar del 1-20 y del 20-10; 100 veces. Cuando existen estos pensamientos se presentan conductas de evitación, tal como no quedarse solos con personas del mismo sexo.
- **Religión:** Se generan pensamientos blasfémicos como por ejemplo imaginar que se mantiene relaciones con Jesús o a su vez ofrecer su comida o su tiempo al diablo, dudas religiosas, entre otros. Frente a esto se desarrollan compulsiones como rezar excesivamente, hacer estrictas penitencias, confesarse y buscar ayuda sacerdotal.

- **Acumulación:** Se obsesionan con el hecho de deshacerse de cualquier cosa u objeto valioso o a su vez sin valor que pueden ser de utilidad en el futuro o perjudicar a alguien si no son precavidos al conservarlas. Las compulsiones que presentan son acumular facturas, ropa, revistas, etc. Para que la persona pueda deshacerse de cualquiera de estas cosas, necesita de varias horas para darse cuenta que no son de tanto valor ni importancia para tenerlos acumulados.
- **Simetría, orden y exactitud:** La obsesión de ver todo simétrico y ordenado es algo incontrolable, escribir correctamente, comprender lo leído al 100%, seguir una secuencia ordenada de las acciones como por ejemplo “si no me baño de la manera correcta, tengo que volver a hacerlo las veces que sean necesarias para conseguirlo perfectamente”.

Con respecto a las compulsiones estas personas ordenan de la misma manera las cosas cada determinado tiempo, comprueban constantemente que las extremidades de su cuerpo sean perfectamente simétricas, preguntan constantemente sobre lo que han dicho, leen todas las veces que sea necesario lo que ya leyeron para asegurarse que lo han comprendido muy bien, describen lo que ya hicieron para comprobar que lo han hecho bien, siguen una rutina específica y estricta al momento de realizar cualquier actividad como tender la cama, lavar los platos, cocinar, entre otros. Repitiendo las veces que sean necesarias para conseguir hacerlo bien.

Esto puede generar lo que se denomina “lentitud compulsiva, lo que es muy complicado tratar ya que en actividades diarias como lavarse los dientes, levantarse de la cama, bañarse; pueden llevar horas en realizarse por la necesidad que crean de llevar un orden estricto y de repetirlo varias veces hasta sentirse convencidos que lo han hecho bien.

La lentitud compulsiva no necesariamente afecta a todas las acciones, cuando ya las rutinas están bien establecidas y grabadas; la lentitud no ataca, pero los efectos no son consistentes.

- **Muerte:** Generan pensamientos obsesivos principalmente de imágenes de sus seres querido muertos, frente a esto generan compulsiones tales como imágenes de los seres que vieron muertos al principio, ahora los ven vivos actuando directamente las conductas de evitación tal como no hablar de temas que involucren a muerte.
- **Tema somático:** Crean obsesiones sobre el padecimiento de alguna enfermedad como problemas cardíacos, cáncer, VIH- SIDA o alguna anomalía en las partes de su cuerpo aunque un especialista o una persona externa le diga que no es así. Por eso es necesario que el diagnóstico sea claramente diferencial entre trastorno dismórfico corporal e hipocondría. Las compulsiones que se generan frente a esto son el de pedir a sus amigos y especialistas médicos que se aseguren de varias maneras que su cuerpo se encuentra en perfectas condiciones y que no padecen ningún tipo de enfermedad.
- **Argumentos sin sentido:** Mantienen pensamientos de melodías, imágenes, frases, números, sin sentido. Por ejemplo, una persona puede estar haciendo cualquier otra actividad y en su interior escucha una canción que escuchó en la radio repitiéndola innumerables veces hasta que sin volver a escucharla puede decir lo que realmente es sin necesidad de escuchar la melodía.

(Cruzado, 1998; Salkovskis y Kirk, 1989; Steketee, 1999)

2.1.5 Trastorno Obsesivo compulsivo en la adolescencia

Según Ana Isabel Rosa Alcázar, Doctora en Psicología y profesora de la Universidad de Murcia, el trastorno obsesivo compulsivo se traduce a un trastorno de ansiedad que afecta principalmente a los adolescentes, en algunos casos en la primera etapa de la edad adulta o a su vez en la infancia. Cuando este trastorno afecta en la adolescencia, los índices más altos son más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Menciona que, es necesario que el trastorno obsesivo compulsivo sea tratado de una manera constante, profunda y profesional, ya que si esto se descuida puede agravar y llegar a provocar una discapacidad parcial o total en algunas personas.

La manera en la que el trastorno obsesivo compulsivo se presenta en los niños es tan igual como en los adultos. Los rituales más comunes que realizan son la comprobación, el orden y el lavado. En la infancia y adolescencia es más difícil que sean reconocidos con facilidad ya que los niños no pueden pedir ayuda porque los síntomas pueden no ser egodistónicos; lo que significa que su conducta, impulsos, pensamientos son propios de la persona, por ende no pueden ver una anomalía en su comportamiento, pasando esto por alto. Por lo general, quienes se dan cuenta de este problema suelen ser los padres y por esto es que acuden a un especialista. (University of Chicago, ODC, 2006).

Las preocupaciones, ideas, conceptos, ilustraciones o estímulos no deseados repetidos, generan intranquilidad y molestia. En el caso de los adolescentes los síntomas mayormente vistos son el miedo de infectarse con impurezas o enfermedades, temor a herir a otra persona o a sí mismo, obsesión por la igualdad y simetría y la certeza de que algo malo sucederá si no lleva a cabo una actividad ritual de compulsión. “Normalmente las conductas repetitivas y perfeccionistas en los adolescentes son comportamientos habituales, por esta razón son difíciles de diferenciar de los rituales anormales relacionados con el TOC.” (Alcázar, A. 2012)

Según Alcázar, las primeras obsesiones y compulsiones en los adolescentes empiezan por ideas como “no puedo tocar la mesa porque me voy a contaminar”, imágenes horribles y repugnantes como “no soporto la imagen, la foto que me viene a la cabeza es asquerosa” o estímulos como “parece que me voy a desnudar delante de la gente”. Estos pensamientos generan intranquilidad y angustia, siendo estos muy difíciles de eliminar. Es por esto que el TOC se manifiesta en los adolescentes de una manera recurrente en base a ideas obsesivas. “El menor puede tener pensamientos recurrentes acerca de temas relacionados con el peligro o el daño a sí mismo o a sus padres, con los gérmenes y las enfermedades, con el orden, con la realización de las tareas escolares, con el sexo, entre otros”. (Alcázar, A. 2012)

Los niños muestran compulsiones sin la necesidad de la captación de un factor mental. Esto difiere de los adolescentes ya que los niños pueden no presentar obsesiones. Esto refiere a la constante movilidad de los procesos de crecimiento de la habilidad cognitiva, lo cual facilita que los niños se den cuenta de las obsesiones como pensamientos persistentes que no le hacen sentir a gusto ya que solo les proporcionan miedo. (University of Chicago, ODC, 2006)

Según Alcázar, es necesario tomar en cuenta que el trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes no es una manía que se irá con el tiempo. No es una mala costumbre que no se le debe dar importancia. El TOC radica en un inconveniente mucho más complicado en el que el adolescente no tiene salida y no encuentra la manera de escapar. Es probable que el adolescente muestre distintos temas en cuanto a las obsesiones o que desarrolle cambios en el transcurso del trastorno.

La percepción de descontrol sobre las propias acciones es asimilada de una manera fuerte; sin embargo, esto no significa que al final la acción indeseada se lleve a cabo. “En edades tempranas es frecuente que los niños y adolescentes no sepan reconocer o explicar en que

consisten sus obsesiones, e incluso, en ocasiones, las pueden describir como voces dentro de su cabeza, siendo lo mas manifiesto la compulsión o ritual que realizan y que pueden obligar a realizar a los demás”. (Alcázar, A. 2012)

En general, el TOC se diagnostica cuando estas obsesiones y compulsiones se vuelven tan recurrentes que interfieren negativamente con la vida diaria del adolescente. Por lo general, las obsesiones y compulsiones se vuelven progresivamente más severas con el tiempo hasta que llegan al punto en el que el adolescente no puede relacionarse con los demás y tener una vida social normal. En los casos graves, los síntomas se desarrollan de la noche a la mañana con un rápido cambio en el comportamiento, el estado de ánimo y la repentina aparición de ansiedad severa. (University of Chicago, ODC, 2006)

Es común que los niños y adolescentes tengan rutinas para las comidas y a la hora de dormir; sin embargo, el TOC es diferente de estas rutinas. Las compulsiones y acciones repetitivas pueden llegar a ser demasiado continuas, intensas y desagradables para el infante, y pueden comenzar a ponerse en el camino de su vida cotidiana. El TOC no es algo de lo que un niño o adolescente pueda salir simplemente con facilidad. Las obsesiones que sufren y las compulsiones que utilizan para tratar de deshacerse de sus malos sentimientos no son fáciles de controlar. (Alcázar, A. 2012)

No existe una cura para el trastorno obsesivo compulsivo pero es muy tratable con un tipo de terapia llamada exposición y prevención de respuesta, junto con la medicación. El TOC pediátrico es mejor tratado por un profesional de salud mental que autorice la utilización de un tipo de terapia cognitivo-conductual. Este tratamiento puede llegar a ser muy útil para los adolescentes con TOC, lo que les permite llegar a tener una vida normal, productiva y plena. En esta terapia los adolescentes aprenden a enfrentarse a sus miedos por medio de la

exposición sin ceder a las compulsiones, de esta manera se crea una prevención de respuesta. (Nathan y J. Gorman, 2002)

Existe un tipo específico de antidepresivos conocidos como inhibidores selectivos de la receptación de serotonina el cual se ha denominado bastante útil para reducir los síntomas de TOC en niños y adolescentes. Los medicamentos sólo deben ser prescritos por un profesional médico con licencia como su pediatra o psiquiatra que tenga experiencia trabajando con niños y adolescentes. “Las bases biológicas implicadas en la etiopatogenia del TOC se han llevado a cabo desde varias líneas de investigación. Desde los estudios de neuroquímica se observó que los pacientes respondían clínicamente a la clomipramina y presentaban disfunciones en las regiones cerebrales moduladas por neuronas serotoninérgicas, particularmente en la corteza”. (Perpiñá, S. García, L. Canalda, S. Boget, L, 2002). Sin embargo, no es factible que esta teoría sea admitida como la única causa del TOC, ya que la efectividad de la medicación no se observa en todas las ocasiones, mientras que en otros casos se presentan mejoras de manera parcial.

El TOC puede llegar a ser muy aislante, por lo que la familia es una parte importante del tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en un niño. Los grupos de apoyo también pueden ser útiles para que los infantes y adolescentes tengan la oportunidad de conocer y aprender de otras personas y puedan identificarse con lo que están pasando. Los estudios de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en base a la escala de medición de Children's Yale-Brown efectuados en adolescentes con TOC, muestran en gran manera una mejor respuesta por medio del tratamiento mixto farmacológico y psicoterapéutico. La victoria de este procedimiento puede incrementar las opciones del infante para llevar a cabo acciones de la vida cotidiana tales como ir a la escuela, hacer deporte, entre otras. (Amir, N, Foa, E.B. y Coles, M.E, 1997)

En cuanto al género, en la pubertad el trastorno obsesivo compulsivo se muestra menos en los hombres. Sin embargo, en la infancia, el género masculino es mayormente afectado, En cuanto a las consecuencias del TOC, en la etapa de la infancia se observa una expresión mas grande de forma familiar, especialmente en manera de impulsos de orden, tales como de tics nerviosos, a diferencia con el comienzo de la pubertad, donde se muestra una mayor cantidad de modificaciones en cuanto a la afectividad. (Perpiñá, S. García, L. Canalda, S. Boget, L, 2002)

La clasificación del inicio del trastorno obsesivo compulsivo es indeterminada. El TOC de inicio temprano es aquel que se muestra antes de los 10 años. Es aquí cuando es imprescindible detectarlo a tiempo y otorgar un tratamiento pronto para que el paciente vaya mejorando y pueda continuar una vida normal. Por otro lado, en relación con los síntomas y su iniciación, el TOC en la infancia puede llevar al trastorno de hiperactividad y déficit de atención, junto con tics que por lo general están bastante relacionados con la violencia intrafamiliar. Esto se presenta en aproximadamente el 50% de infantes y adolescentes con el síndrome de Gilles de la Tourette el cual lleva al individuo a repetir movimientos o sonidos rápidos, los cuales no están bajo su control. (Perpiñá, S. García, L. Canalda, S. Boget, L, 2002)

Los adolescentes con problemas de ansiedad como el trastorno obsesivo compulsivo, la fobia social, el estrés post trauma y la ansiedad generalizada, muestran un gran avance debido a la terapia cognitiva-conductual grupal. Los síntomas mejoran mas rápido que cuando solo se utiliza el tratamiento con fármacos. Los adolescentes muestran un menor índice de recaída en una terapia de 9 meses. El tratamiento cognitivo-conductual grupal refuerza la adjunción del niño al tratamiento para superar el TOC, mayormente cuando los padres del infante están involucrados.

La terapia correcta de prevención contra el TOC en la infancia y adolescencia es la creación de parámetros específicos de psicoeducación y un entrenamiento conductual para los padres del adolescente. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, las tres metas principales de la psicoeducación son:

1. Aclarar que el TOC es una enfermedad, no una fragilidad en la personalidad ni un período en el desarrollo del infante.
2. Enseñan al infante o adolescente y a sus familiares sobre el trastorno obsesivo compulsivo, brindándoles técnicas eficaces para afrontar los síntomas.
3. Inculcar tranquilidad en los padres ya que la desesperación es la actitud mas frecuente en los padres de familia cuando reciben el diagnóstico del médico.

Por otro lado, cabe recalcar que existe un subtipo de TOC pediátrico causado por una infección, como la faringitis estreptocócica, que confunde el sistema inmunológico del niño o adolescente en atacar el cerebro en lugar de la infección. Esto provoca que el niño comience a tener síntomas graves de TOC, por lo general durante la noche. La repentina aparición de los síntomas es muy diferente al TOC pediátrico general, cuando los síntomas aparecen de manera más gradual. Este tipo de trastorno obsesivo compulsivo se denomina Trastorno Pediátrico autoinmune neuropsiquiátrico relacionado con estreptococos que generan Infecciones Estreptocócicas perjudiciales para el cerebro de la persona.

2.1.6 Variables sociodemográficas y Epidemiología

Como ya se mencionó antes, el trastorno obsesivo compulsivo era considerado como un trastorno poco común y frecuente. Sin embargo, esta posición absurda, desagradable e inaceptable hace que el paciente tome la decisión de no buscar ningún tipo de ayuda, es por esto que muchas personas por no tomar conciencia de este trastorno se sienten frustradas, cerrándose a otras posibilidades, posteriormente cayendo en otros trastornos mentales, especialmente la depresión. (Rasmussen y Eisen, 1992).

En los años 80, con los nuevos registros de casos psiquiátricos con sus respectivos diagnósticos, la investigación sobre los trastornos mentales dentro de la población fue facilitada y por ende factible. En Estados Unidos, durante un periodo de seis meses se realizó un estudio epidemiológico ECA; el mismo que dio como resultado que la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en dicho país era de 1.6% y 2.5%, una vez registrado esto, el trastorno obsesivo compulsivo ocupaba el cuarto lugar dentro del grupo de trastornos tales como las fobias, adicciones y la depresión (Robins, etal. 1984). Este estudio tuvo muchas críticas con respecto a su metodología, especialmente porque en esta investigación los entrevistadores que se encargaron de hacer las encuestas y entrevistas propiamente dichas fueron hechos por personas inexpertas que no tenían conocimientos previos sobre dicho tema, más adelante se realizaron otros estudios los mismos que aportaron cifras similares como 0.64% y el 1% dentro de toda la población (Bland, etal. 1988).

Por último, los registros de la American Psychiatric Association señalan que la prevalencia en general o global del trastorno obsesivo compulsivo está en el 2.5%, anualmente se registran el 0.5 y el 2.1% (APA, 2000). Los primeros síntomas y las primeras conductas del trastorno obsesivo compulsivo se presentan al principio de la vida adulta o a su vez en la adolescencia; sin embargo, se han registrado cada vez más casos en la infancia.

El inicio de este trastorno psicológico se presenta de manera temprana pero de una manera gradual, se le asocia a este trastorno con algún acontecimiento estresante, a esto se le atribuye al 70% de los casos y el 30% a un trauma ocurrido en la infancia (Kaplan y Sadock, 1998). Se ha determinado una media en la edad de aparición de los síntomas y la primera visita a un psicólogo entre los 5 y 10 años. En la mayoría de los casos se presenta como un cuadro crónico con exacerbaciones que generalmente las relacionan con situaciones de estrés.

Aproximadamente el 15% de las personas que padecen el trastorno obsesivo compulsivo han demostrado que su deterioro es progresivo en lo que respecta a relaciones laborales y sociales y un 5% solo tiene cambios episódicos en su conducta lo cual no afecta notoriamente las relaciones interpersonales (APA, 2000). La edad promedio del inicio de éste trastorno generalmente es a los 20 años. Según el estudio que realizó Tallis, los varones son más propensos al inicio precoz de ésta enfermedad mental, en ellos lo predominante son las compulsiones (Tallis, 1995).

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es una de las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes y está considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 20 enfermedades más incapacitantes. La prevalencia de TOC en la población mundial está entre el 1% y el 3%, ante lo cual es considerado por la OMS como parte de los nueve trastornos de ansiedad que proporcionan incapacidad tales como:

Tabla1: Prevalencia del TOC a nivel mundial

Trastorno de Pánico	4,7 %
Agorafobia sin pánico	1,4 %
Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)	12,1 %
Fobia Específica	12,5 %
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	5,7 %
Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)	1,6 %
Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	6,8 %
Trastorno por Ansiedad por Separación	5,2 %

(Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 2015)

Aproximadamente el 80% de la totalidad de personas con TOC empiezan a desarrollar el trastorno durante la infancia y la adolescencia, entre la edad de 7 a 12 años. Según la Asociación Americana de Psiquiatría, cerca del 1,2% de norteamericanos poseen un trastorno obsesivo compulsivo. En la edad adulta se halla mayor cantidad de mujeres con TOC en relación al género masculino. Por lo general, el trastorno obsesivo compulsivo tiene su inicio

en la niñez, la adolescencia o la primera etapa de adultez. El rango de edad aproximado de presentación de síntomas es a los 19 años.

Los síntomas del TOC se incrementan constantemente según aumenta la edad. Según Alcázar, se ha descubierto que entre los 5-7 años se da una incidencia del 0,026%; entre los 8-10 años, aumenta un 0,14%; entre los 11-12 años, se eleva un poco más hasta un 0,21%, y de 13-15 años, el porcentaje es bastante más alto, un 0,63%. Por el contrario, las tasas encontradas en los estudios con adolescentes mayores son más altas hallándose cifras que oscilan desde un 2% a un 4% de incidencia. En España, la prevalencia del TOC en una muestra de jóvenes de 18 años ha oscilado entre un 0,7% y un 1,4%.

La Asociación Americana de Psiquiatría informa que los estudios en la población general realizados en niños, niñas y adolescentes han incentivado una existencia global del 1 al 2,3% y una incidencia anual del 0,7%. Al calificar los síntomas con respecto al rango de edad se muestra que los infantes ocupan un 63% de obsesiones de agresión y daño, los adolescentes presentan un 69%, mientras que las personas adultas exhiben un 31%. Los adolescentes exponen obsesiones de contenidos religiosos y sexuales en un 36%, los infantes muestran un 15% y los adultos un 10%.

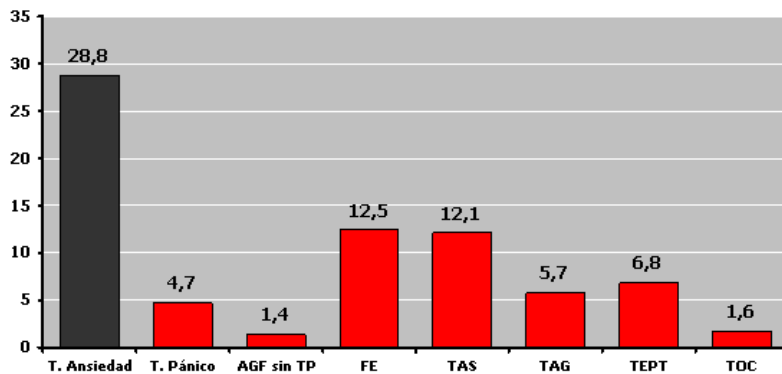
Las estadísticas del trastorno obsesivo compulsivo señalan que del 20% al 33% de las personas que padecen esto son acumuladores. Existen algunas investigaciones en dónde se menciona que la acumulación no necesariamente es un síntoma del trastorno obsesivo compulsivo, sino se asocia a otro tipo de enfermedad (Frost y Cols, 2004).

El peligro de sufrir un trastorno obsesivo compulsivo incrementa con la edad. Al final de la adolescencia es la etapa en la cual se muestra una vulnerabilidad mas alta para padecer un TOC, por lo general las estadísticas oscilan entre los 17 y los 22 años. Por otro lado,

también es usual que el TOC tenga un inicio en la niñez. En un 80% de los pacientes con TOC los síntomas empiezan a mostrarse antes de los 18 años, y aproximadamente un 50% comienza en la infancia.

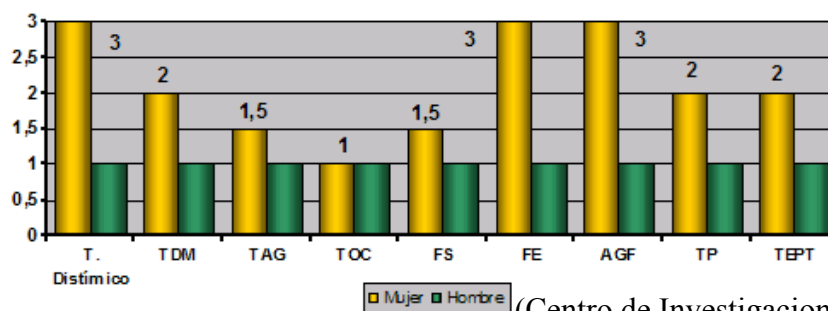
“Uno de los datos más aceptados es que el trastorno obsesivo compulsivo podría seguir una distribución bimodal cuando se inicia en los primeros años. Esta presenta dos picos de edad, uno en la primera infancia, de 5 a 8 años, y otro al comienzo de la pubertad, entre los 12-14 años”. (Alcázar, A. 2012). Con respecto a las investigaciones de la incidencia en pacientes clínicos, la diversidad de los resultados es aún mas grande, variando desde un 0,2% a un 16,9%. Con respecto a los impulsos, se puede ver un índice de hasta en un 30% y un 36% para niños y adolescentes, de una forma mayor que en adultos, los cuales presentan un 18%.

El trastorno obsesivo compulsivo en la pubertad y adolescencia muestra síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, un estudio del Instituto Nacional de Salud Mental, demuestra que el TOC presenta un 17% de fobias, un 13% de trastornos adaptativos con ánimo depresivo, un 11% de trastorno oposicional, un 7% de trastorno de conducta; un 7% de trastorno de ansiedad de separación y un 4% de micciones incontroladas. Esta es la tasa de prevalencia en porcentajes de los distintos trastornos de ansiedad en la población general durante el período de vida, en el que el trastorno obsesivo compulsivo se encuentra entre el 1,6 de la población:

Figura 1: tasa de prevalencia de los trastornos

(Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 2015)

El trastorno obsesivo compulsivo se presenta en las mujeres mucho después que en los hombres, es así que se puede decir que entre hombres y mujeres adultos la posibilidad de padecer este trastorno es igualmente frecuente. Entre los trastornos de ansiedad el TOC es el único que es igual de frecuente tanto en hombres como en mujeres:

Figura 2: Tasa de prevalencia hombres y mujeres

(Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad, 2015)

2.1.7 Tratamiento

El Dr. R. Reid Wilson director del Centro de Tratamiento de Trastornos de Ansiedad en Chapel Hill, Carolina del Norte, experto internacional en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, menciona que es necesario que el paciente sea intervenido para poder realizar una evaluación individual del caso, por medio de tests, cuestionarios, entrevistas, y observación;

en dónde el psicólogo o psicóloga tratante presentará de una manera coherente, precisa y clara el modelo explicativo del trastorno obsesivo compulsivo, así también como un análisis funcional sobre las conductas que el individuo presenta, a su vez sus antecedentes familiares y sociales para de ahí ir a las consecuencias existentes. Es así, que la persona que padece éste trastorno puede entender la situación por la que está atravesando, las causas y el por qué su conducta ha sido así durante todo ese tiempo. (R. Reid Wilson, 2005)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, un tratamiento eficaz para el TOC es la terapia cognitiva conductual conocida como la exposición y prevención de respuesta. El tratamiento cognitivo conductual es realmente favorable para contrarrestar el TOC. Esta terapia muestra al individuo distintas formas de actuar, pensar y comportarse dentro de circunstancias de ansiedad por el trastorno. Estas distintas formas de reaccionar hacen que el paciente disminuya la ansiedad y el miedo, evitando las ideas obsesivas para no realizar comportamientos de compulsión.

El tratamiento cognitivo-conductual parte de una teoría cognitiva que juega un rol en el motivo del TOC. Este tratamiento ha mostrado un evidente resultado de mejoría en la cronicidad del trastorno obsesivo compulsivo. También es necesario realizar una entrevista motivacional, con el objetivo de participar de manera terapéutica logrando de esta manera que el paciente solucione su ambivalencia. La meta radica en incentivar el cambio del paciente en cuanto a la disminución de la resistencia a la terapia.

R. Wilson, ampara el tratamiento cognitivo-conductual para el tratamiento del TOC, debido a que es un trastorno de ansiedad que muestra ideas recurrentes no deseadas seguidas por actitudes repetitivas. La teoría del Dr. Wilson se basa en trabajar sobre los procedimientos de pensamiento del paciente con la finalidad de hacer caer en cuenta la irrelevancia de la acción compulsiva. También se enfoca en ganar simpatía, confrontar los

sistemas de creencias de miedo, fomentar la motivación y desafiar a la necesidad de confianza en el paciente. El Doctor aclara las ventajas de ver el TOC como un juego mental en el que el paciente gana al cambiar sus respuestas a los síntomas de la enfermedad. (R. Reid Wilson, 2005)

Durante las sesiones de este tratamiento, los pacientes están expuestos a distintas situaciones que generan ansiedad y provocan comportamientos compulsivos o rituales mentales. A través de la exposición, los pacientes aprenden a disminuir y luego detener a los rituales que consumen sus vidas. Los pacientes por lo general encuentran que la ansiedad que surge de sus obsesiones se reduce sin participar en el comportamiento ritualista. Este método es efectivo para las personas cuyas compulsiones se basan en situaciones posibles de recrear. “Para los pacientes que llevan a cabo rituales compulsivos por temor a eventos catastróficos que no puede ser recreados, la terapia se basa en imaginar la exposición a estas situaciones que producen ansiedad”. (Asociación Americana de Siquiatría, 2015). Durante el tratamiento la persona continúa la exposición y las pautas de prevención de respuesta en la que el terapeuta y el paciente están de acuerdo.

Según R. Wilson, una persona con trastorno obsesivo compulsivo sufre aproximadamente mas de siete años antes de buscar ayuda profesional. Por lo general, esto ocurre ya que la persona se siente avergonzada o simplemente no cree que este trastorno pueda ser tratado. El TOC sin tratamiento puede llegar a incapacitar totalmente a una persona, impidiéndola llevar una vida normal dentro de la sociedad. La terapia cognitiva conductual puede ayudar a que la mayoría de pacientes disminuyan notablemente sus síntomas. El tratamiento sólo funciona si los pacientes se adhieren a los procedimientos. Sin embargo, algunos pacientes no suelen estar de acuerdo en participar en la terapia cognitiva conductual debido a la ansiedad que esta implica. (R. Reid Wilson, 2005)

Por otro lado, los doctores también tienen la opción de recetar fármacos para contrarrestar el TOC. “Los tipos de medicamentos utilizados para tratar el TOC son los antidepresivos y medicamentos ansiolíticos que sirven para controlar la ansiedad y los nervios. Algunos de estos medicamentos se utilizan para tratar otros problemas, como la depresión, pero también se utilizan para tratar el TOC”. (National Institute of Mental Health, 2010). También se utiliza una clase de medicamentos conocidos como inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, muy eficaces en el procedimiento de restauración ante el TOC. Según la Asociación Americana de Siquiatría, las personas que no muestran mejoría con la receta de un fármaco, por lo general responden a otro. Es por esto que las personas con trastorno obsesivo compulsivo que han sido recetadas de la manera correcta, han podido incrementar su calidad de vida gracias al tratamiento adecuado.

Sin embargo, es sustancial conocer que ciertos fármacos pueden demorarse algunas semanas en hacer efecto y presentan ligeros efectos secundarios que por lo general no llegan a ser un inconveniente para la mayoría de los pacientes, lo ideal es empezar con una pequeña dosis e ir incrementando paulatinamente. Ciertos pacientes tienen un gran avance tan solo con el tratamiento cognitivo-conductual, mientras que a otras personas les va mejor solo utilizando los fármacos, sin embargo lo ideal es combinar los medicamentos y la terapia. (Abramowitz, J.S, 1997)

La hospitalización es el más alto nivel de atención para una condición grave de trastorno obsesivo compulsivo. En este lugar se proporciona en una unidad cerrada en un hospital de salud mental de manera voluntaria por el paciente o involuntaria. Los pacientes son admitidos en este nivel de atención si no son capaces de cuidar de sí mismos o si son un peligro para los demás. El objetivo del tratamiento de los pacientes hospitalizados es principalmente

estabilizarlos, hecho que generalmente toma de varios días a una semana para luego transferirlos a un nivel más bajo de atención. (Hunt, C., Lampe, L. y Page, A, 2003)

2.1.8 Estimulación Cerebral Profunda

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, la Estimulación Cerebral Profunda (ECP) es una cirugía que se lleva a cabo en los pacientes con TOC que no responden de manera efectiva a la terapia cognitiva-conductual ni a la medicación. Ésta utiliza un dispositivo llamado neuroestimulador para transmitir señales eléctricas a las áreas del cerebro que controlan el movimiento, el dolor, el peso y el estado de alerta. La cirugía se hace para colocar cada parte del sistema neuroestimulador. En los adultos, la cirugía se lleva a cabo en dos cirugías por separado. La primera se lleva a cabo bajo anestesia local, lo cual significa que el paciente está despierto, pero sin dolor. La segunda cirugía se realiza bajo anestesia general. (NIMH, 2015)

El médico realiza una pequeña abertura, por lo general justo debajo de la clavícula e implanta un neuroestimulador. El cable de extensión se pasa por debajo de la piel de la cabeza, el cuello, el hombro y va conectado al neuroestimulador. Una vez conectados, los impulsos eléctricos viajan desde el neuroestimulador, a lo largo del cable de extensión, hasta la derivación y hacia el cerebro. Estos diminutos impulsos interfieren y bloquean las señales eléctricas que causan los síntomas del TOC. (NIMH, 2015)

2.1.9 Campañas Internacionales

1 Million Steps 4 OCD

Un Millón de Pasos por el Trastorno Obsesivo Compulsivo es una campaña creada en el año 2013, promovida por la Fundación Internacional del TOC, con el objetivo de crear

conciencia, esperanza y fondos para este trastorno y otros relacionados. La caminata se realiza en varios estados de los Estados Unidos tales como Atlanta, Sacramento, Georgia y California. Participan miembros de la comunidad de TOC de todo el país, incluyendo individuos con TOC, profesionales de la salud mental, amigos, familiares, compañeros de trabajo, niños, e incluso mascotas.

La inspiración de esta campaña surge debido a Denis Asselin quien en el 2012 caminó más de 500 millas (aproximadamente un millón de pasos) desde su casa en Cheyney, PA, a Boston, MA, en memoria de su hijo Nathaniel. Nathaniel se quitó la vida con apenas 24 años, tras una larga lucha con el trastorno dismórfico corporal (TDC) y el con TOC. Tras la muerte de Nathaniel, Denis decidió embarcarse en una peregrinación para crear conciencia sobre el trastorno que le robó la vida de su joven hijo. El 5 de junio de 2012, Denis terminó su caminata en Boston, y fue recibido por el personal de la Fundación Internacional del TOC, así como amigos, familiares y miembros de la comunidad TOC para apoyar y concientizar sobre este trastorno. Para continuar esta tradición, la campaña Un Millon de Pasos por el Trastorno Obsesivo Compulsivo se creó el año siguiente con el mismo espíritu de sensibilización, buscando que los ciudadanos se eduquen sobre este trastorno y sepan como contrarrestarlo con un tratamiento eficaz. Es con este espíritu de esperanza es que la campaña invita anualmente a que gran cantidad de personas se reúnan por esta causa.

2.2 Investigación nacional

Con respecto a la Ley Orgánica de Discapacidades en el Ecuador, el Artículo 6 estatifica que se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica,

psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

Los problemas de discapacidades en temas de salud mental en el Ecuador según la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades son:

- Aumento de la prevalencia de personas con enfermedades neuropsicológicas e incremento de problemas potencialmente incapacitantes como: depresión, violencia y maltrato.
- Escasos programas residenciales terapéuticos sobre salud mental en los servicios públicos de salud.
- Escasa medicación psicotrópica en los niveles primario y secundario de salud.

En el Ecuador, las condiciones negativas de salud son la primera causa de la discapacidad, así como de otras condiciones de salud mental que pueden devenir en discapacidad psicológica. Según la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades, la tipología reconocida por el sistema único de calificación de discapacidad en el Ecuador corresponde a discapacidad física, visual, auditiva, de lenguaje, intelectual y psicológica. Es por estas razones que podemos considerar que el Trastorno Obsesivo Compulsivo se encuentra entre las discapacidades por deficiencia mental, ya que la persona que lo padece ve restringida su capacidad psicológica para llevar a cabo actividades fundamentales del diario vivir.

Dentro de las diez causas principales de discapacidad en lo que respecta de la organización Mundial de la Salud, el Trastorno Obsesivo Compulsivo ocupa el décimo lugar; como éste es un trastorno común en las mujeres, la edad que comprende de los 15-44 años se ubica en el quinto puesto. (Bobes, et al. 2001).

A continuación se presenta la tabla estadística que indica el Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades con respecto a los tipos de discapacidades existentes en el país, en el que la discapacidad psicológica se encuentra en el 3,91% de la población con aproximadamente 14,150 millones de personas.

Tabla2: tabla estadística de discapacidad

Tipo de discapacidad	Cantidad	Porcentaje
Física	175.444	48,53%
Sensorial	90.443	25,02%
Intelectual	81.450	22,53%
Psicológica	14.150	3,91%
Total	361.487	100,00%

(CONADIS, 2013)

Según el Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad, la discapacidad psicológica se refiere a las deficiencias o trastornos del comportamiento, del razonamiento, de los estados de ánimo, crónicos y permanentes que afectan la capacidad de juicio crítico sobre sí mismo y sobre los demás. Es en este tipo de discapacidad que se encuentran las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo. (CONADIS, 2013)

Dentro de los procesos de inclusión laboral estatificados por el Ministerio de Relaciones Laborales y el CONADIS, las personas que padecen trastornos mentales tal como el Trastorno Obsesivo Compulsivo, requieren que el ambiente laboral sea tranquilo, las tareas encomendadas sean concretas, sin implicar niveles de presión ni responsabilidades

complejas. Las personas que presentan esta discapacidad deben estar controladas con tratamiento de especialidad y sus actividades laborales deben estar bajo supervisión.

Con lo que respecta al Ecuador, el país no cuenta con un plan específico referente a la salud mental, los conocimientos sobre los trastornos mentales y de personalidad son deficientes; por ende, los ecuatorianos no muestran consciencia sobre la incapacidad que puede causar este tipo de perturbaciones en las personas que lo padecen. En el Ecuador, la salud mental siempre ha sido una problemática que se ha puesto en segundo plano; es decir, no se le ha dado la importancia que se merece. Es por esto que la sociedad en general desconoce lo que realmente son los trastornos mentales y por eso no se otorga la importancia que la misma necesita.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador cuenta con el Manual de Atención Primaria de Salud Mental en donde a los trastornos mentales se los define así: “Según la OMS es la condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos del cambio del medio” (Westbrook). Dentro del mismo manual encontramos otro significado que se le atribuye a la salud mental, dicho concepto es más fácil de entender que consta de tres puntos fundamentales: estar bien con uno mismo, con los demás y saber afrontar los problemas cotidianos.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo ocupa el cuarto lugar dentro del cuadro de trastornos psiquiátricos, lo cuales son los más frecuentes. Este trastorno mental es una enfermedad incapacitante y crónica que afecta directamente al desempeño social, ocupacional, académico y familiar de las personas que lo padecen. Basados en la opinión de varios especialistas tales como psicólogos, psiquiatras, neurólogos, deportólogos y

testimonios reales se logró investigar la realidad del TOC en el Ecuador y el paradigma que los ecuatorianos mantienen acerca del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

2.2.1 Calidad de vida de los pacientes con TOC

En lo que refiere a la calidad de vida de los pacientes que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo, la sociedad Ecuatoriana no está nada informada de lo que realmente es este trastorno mental y la manera en la que se debería tratar. Según la Psicóloga Ana María Viteri, la sociedad en la que vivimos es cerrada e ignorante en el sentido de lo que se refiere a trastornos mentales y por este motivo las personas que padecen Trastorno Obsesivo Compulsivo son juzgadas, vistas como locas, insoportables e incluso incomprendidas.

Según el Dr. Pedro Posligua especialista Neuro-Psiquiatría y Neuro-Fisiología. Especializado en Europa - Catedrático de la Universidad Estatal de Guayaquil, señala que el estilo de vida inicial de la persona que padece dicha enfermedad es amenazante para el paciente ya que es una situación vergonzosa, dicho especialista señala que es “una epidemia oculta, ya que la mayoría de las personas que lo padecen se callan y no tienen la mínima intención de buscar ayuda profesional por vergüenza a ser tachadas de locas o por miedo a ser juzgadas por los pensamientos muchas veces obscenos que generan en su cabeza” (Posligua, 2015). También menciona que dicho trastorno se completa siempre y cuando tres elementos sean cumplidos “ la lucha ansiosa por eliminar la idea obsesiva; una descarga motora compulsiva que alivia la ansiedad” (Posligua, 2015). A esto se le atribuye los rituales tales como lavarse las manos repetitivamente sin que el paciente tenga completa conciencia de lo que está ocurriendo. Si esto es tratado de manera profesional el estilo de vida del paciente sería totalmente diferente ya que “con química se puede modificar la química cerebral” (Posligua, 2015). Refiere a que si la persona que padece TOC usa la medicación

adecuada, su conducta puede ser controlada y a la vez modificada dando otro enfoque a su interacción diaria con el mundo que lo rodee. (Posligua, 2015)

El problema de todos los trastornos mentales en general es que son muy difíciles de entender vistos desde afuera. El Psicólogo PhD Esteban Utreras, considera que el Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad que incapacita a los que lo padecen de una manera extrema, haciendo que su estilo de vida muchas veces sea tormentoso. (Utreras, 2015) Generalmente, a la gente le es difícil entender lo que está atravesando la otra persona. Esto se da por la producción de reacciones químicas que se dan en el cerebro, las cuales modifican las conductas del individuo y es por esto que se acude a los medicamentos para contrarrestar estas conductas. (Cruceta, G. p.1)

2.2.2 TOC en adolescentes

La Doctora Ruth Paredes, psicóloga especialista en adolescentes, menciona que en el Ecuador el TOC es usualmente confundido con otros trastornos debido al desconocimiento y a la falta de educación. En su experiencia como psicóloga educativa en varios colegios de la ciudad de Quito, indica que el Trastorno Obsesivo Compulsivo se muestra como un trastorno mental en el que los adolescentes presentan pensamientos, sensaciones e ideas, acompañadas de comportamientos repetitivos e indeseables por la persona que lo padece. Los adolescentes se comportan de cierta manera para librarse de los comportamientos obsesivos, pero esto solo tiene un alivio temporal. Si no realizan la compulsión se sienten angustiados y ansiosos. (Paredes, 2015)

El TOC en adolescentes puede ser ocasionado por diversos factores tales como lesiones cerebrales, infecciones, funcionamiento anormal de ciertas áreas del cerebro o antecedentes familiares y genéticos que juegan un papel importante para ocasionar el TOC.

También se observan casos de adolescentes con ciertos síntomas que pueden inducir a la probabilidad de padecer este trastorno. Usualmente, en el adolescente se observa la irritabilidad y dificultad de relacionarse con otras personas, así como tics nerviosos que se pueden manifestar a causa del TOC. En el caso de estudiantes de secundaria se han observado circunstancias en las que el alumno no puede terminar una tarea, ya que la vuelve a repetir constantemente antes de terminarla debido a la inseguridad y el miedo de cometer un error. Es por esto que la inseguridad genera ansiedad, la cual podría desencadenar como un síntoma de Trastorno Obsesivo Compulsivo. (Paredes, 2015)

Los adolescentes no consideran estas acciones como irracionales o ilógicas; es por eso que después de que este tipo de síntomas son estudiados, se busca la transferencia del alumno a un especialista en psiquiatría para una examinación mas profunda. Los primeros síntomas observados en jóvenes dentro de los colegios, es el conteo excesivo y el temor por los gérmenes. Repiten palabras de manera silenciosa o se lavan las manos constantemente. Para estos síntomas, los sicólogos educativos recomiendan el deporte con el objetivo de aliviar las consecuencias del estrés que puede desencadenar en un TOC. (Paredes, 2015)

2.2.3 Tratamiento

Según el Doctor Nelson Peñafiel, Neurólogo especialista de la Dirección General de Aviación Civil, en el Ecuador el Trastorno Obsesivo Compulsivo es una enfermedad que puede ser desencadenada por distintos factores. Estos pueden ser medio ambientales o genéticos, ya que la mayor parte de enfermedades neurológicas en el género humano son ocasionadas por factores genéticos. El TOC es una enfermedad en la que el paciente está pensando siempre en una situación determinada, seguida de una compulsión para realizarla. En el Ecuador, se han observado mayormente obsesiones por la limpieza en la que al paciente le cuesta dejar a un lado su temor obsesivo por los gérmenes y la limpieza compulsiva, ya sea

de su cuerpo o de lugares físicos. Estas actividades no permiten que la persona desarrolle su vida diaria con normalidad y sus relaciones interpersonales se ven afectadas. (Peñañiel, 2015)

Dentro de las posibilidades neuroquímicas que se presentan en los pacientes con TOC en el Ecuador es el déficit de serotonina y de neurotransmisores, como los que faltan en el caso de una depresión. El tratamiento mayormente recomendado por los médicos ecuatorianos para contrarrestar los síntomas del TOC es la receta de antidepresivos. En casos extremadamente graves se recomienda el uso de antipsicóticos los cuales son medicados por el psiquiatra y que se recomiendan en caso de que el Trastorno Obsesivo Compulsivo desencadene en una Esquizofrenia. Por otro lado, la medicación antiepiléptica también forma parte de la lista de medicamentos probables para un caso de TOC. Generalmente, el tiempo de tratamiento para el Trastorno Obsesivo Compulsivo es bastante largo y requiere la evaluación periódica del paciente para observar su evolución. (Peñañiel, 2015)

Por otro lado, la Doctora Ruth Paredes indica que para los adolescentes en el Ecuador los medicamentos mayormente recetados para el TOC son la Fluoxetina, la Paroxetina, la Fluvoxamina y recientemente el Escitalopram que se lo medica en casos crónicos. Finalmente, todo depende de la situación particular de cada persona. (Paredes, 2015)

A continuación se muestra la tabla de medicamentos y dosis para el Trastorno Obsesivo Compulsivo indicados por la Sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología, entre los cuales se encuentran medicamentos como la Clomipramina, Fluvoxamina, Fluoxetina, Sertralina y la Paroxetina; variando la dosis de inicio entre los 20 y 50 miligramos así como un rango de dosis óptima entre 40 a 300 miligramos.

Tabla3: Tabla de medicamentos

MEDICACIÓN	DOSIS DE INICIO (mg)	RANGO DE DOSIS ÓPTIMA (mg)
Clomipramine	25	150 – 250
Fluvoxamine	50	200 – 300
Fluoxetina	20	40 – 80
Sertralina	50	150 – 200
Paroxetine	20	40 – 60

(Sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología, 2010)

Las siguientes tablas muestran el costo promedio de los medicamentos tanto genéricos como de marca en las farmacias del Ecuador para el tratamiento del Trastorno Obsesivo

Compulsivo:

Tabla4: Tabla de costos de medicamentos

Medicamento	Cantidad	Precio por unidad	Total
Anafranil (Clomipramina)	20	1,24	24,80
Luvox (Fluvoxamina)	15	1,50	22,50
Dominium (Fluoxetina)	30	0,84	25,20
Zoloft (Sertralina)	30	1,75	52,50
Paxil (Paroxetina)	30	1,38	41,40

Tabla5: Tabla de costos de medicamentos genéricos

Medicamento Genérico	Cantidad	Precio por unidad	Total
Fluoxetina	14	0,28	3,92
Sertralina	10	0,67	6,70
Paroxetina	10	0,69	6,90

(Fybeca, 2015)

Si el Trastorno Obsesivo Compulsivo no es tratado ya sea con medicación o con terapia psicológica puede llegar a desencadenar intentos de suicidio en la persona que lo padece. Para prevenir la muerte del paciente debido a esta causa, el Ministerio de Salud Pública recomienda a los médicos y especialistas:

- Fomentar el diálogo y desahogo con la persona.
- Promover la racionalización y explicación.
- Plantear conjuntamente posibles soluciones.
- Permitir que el paciente continúe con actividades habituales.
- Resaltar los aspectos positivos que estimulen su confianza y evaluar cualquier idea suicida.
- No despreciar las amenazas del paciente.
- Buscar un lugar adecuado para entrevistarlo.
- Informar apropiadamente a la familia.

Si la persona no presenta una mejoría y continúa mostrando intentos suicidas y conductas incongruentes por mas de dos semanas, entonces se recomienda la medicación. Por otro lado, para los familiares y amigos se recomienda:

- Mostrarse flexible.
- No acusar.
- No culpabilizar.
- Ofrecer ayuda.
- Alejar tóxicos, medicinas o armas.
- Ponerlo en manos de un especialista.
- Internar al paciente si la situación es muy grave.

2.2.4 Hospitales y centros de atención

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (MSP), en el Ecuador las personas con discapacidad mental son atendidas en dos hospitales psiquiátricos de referencia nacional y en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales provinciales, a los que se añade un hospital psiquiátrico en Guayaquil de la Junta de Beneficencia. La mayoría de los servicios de rehabilitación se brindan de acuerdo al tipo de discapacidad. Las de origen sensorial o intelectual, son atendidas en servicios de especialidad del sector público como el Ministerio de Salud Pública y el Centro Provincial de Neurodesarrollo Integral. (MSP, 2012)

Según el Doctor Enrique Aguilar, responsable de Salud Mental del Ministerio de Salud, lo que se busca es reducir el número de hospitales psiquiátricos, evitando que los pacientes con TOC sean reclusos en un hospital, aislados de su familia y la comunidad, lo

que dificulta su recuperación e inserción social. Es por esto que en el Ecuador se está trabajando por un modelo comunitario de salud mental basado en la descentralización, la participación social y la inserción del componente de salud mental en la atención primaria de salud. Con el modelo comunitario de salud mental se quiere evitar alejar al paciente de sus familiares, promoviendo su inserción laboral, familiar y con la comunidad. (Ministerio de Salud Pública, 2012)

En la Dirección Nacional de Discapacidades, el eje de salud mental trata tres puntos basados en servicios de primer nivel tales como: redes de centros de recuperación, red de servicios de salud comunitaria y apoyo en procesos de rehabilitación. En Ecuador funcionan cinco hospitales psiquiátricos, tres en Quito, uno en Guayaquil y uno en Cuenca. Con un total de 1635 camas, lo que significa 12 camas por cada 100.000 habitantes. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

El Instituto de Neurociencias, antes llamado Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce, es uno de los cuatro hospitales sin fines de lucro pertenecientes a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, el mismo que brinda atención a pacientes con problemas mentales y neurológicos, por ende atiende también a pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Actualmente, el Instituto de Neurociencias tiene capacidad para recibir a 800 pacientes y su infraestructura comprende 950 camas. El instituto cuenta con especialistas en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, así como los más avanzados equipos tecnológicos para el tratamiento adecuado y pronta recuperación de los pacientes. El hospital trabaja implementando un moderno modelo de atención acorde a la vanguardia mundial y a las últimas tendencias en el área de la salud mental que impulsa la reinserción social, familiar y laboral de los pacientes. (Instituto de Neurociencias, 2015)

Por otro lado, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara está ubicado en el cantón Conocoto y trabaja constantemente en la calidad y calidez de servicio a pacientes con TOC, buscando la excelencia en la atención al usuario. Este hospital ha conseguido ubicarse como ejemplo a nivel nacional para las demás casas hospitalarias psiquiátricas; siendo la única institución pública de tercer nivel de atención especializada en salud mental. Se encuentra comprometido con las nuevas políticas del Ministerio de Salud Pública, se dirige a alcanzar un cambio cultural en la visión que la población tiene del hospital psiquiátrico, evitando las antiguas prácticas de manicomio, abriendo puertas, promoviendo la atención del paciente con TOC dentro de su grupo familiar y manteniéndolo participativo dentro de la comunidad. (Hospital Psiquiatrico Julio Endara, 2015)

El hospital brinda servicios de evaluación, intervención terapéutica y seguimiento ambulatorio en psicología, psiquiatría, neurología, atención a adolescentes de 14 a 18 años con trastornos de ansiedad en consulta externa, hospitalización, emergencias, asesoría y consejería a la familia. Hoy en día, el Hospital Julio Endara recibe a usuarios, visitantes y residentes de varios cantones del país. Los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo son atendidos únicamente en consulta externa cuando el estado del paciente no es de mayor gravedad; sin embargo, si el paciente con TOC requiere ser hospitalizado, es adjuntado dentro del área de internos con ansiedad. (Hospital Psiquiátrico Julio Endara, 2015).

Según Germania González, enfermera principal del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, cada mes se observan aproximadamente diez pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo atendidos por diferentes médicos en consulta externa. Ciertas veces, los pacientes mismos piden hospitalización, pero este proceso no es muy común con este trastorno. Los primeros síntomas que presentan los pacientes es el insomnio, ya que el trastorno no les permite conciliar el sueño. Las patologías observadas se caracterizan por pensamientos obsesivos especialmente de contaminación; por ejemplo, se observan casos en

los que el paciente lava frecuentemente sus manos como compulsión hasta el punto de lastimar su piel ya que presenta un gran temor por la contaminación de gérmenes. (González, 2015)

También se presentan otros casos en los que el paciente cambia de vestimenta de manera seguida, tocan todos los objetos que ven y repiten distintos tipos de actos; por ejemplo, sienten la necesidad de tocar la chapa de una puerta y mientras no lo hagan no se sienten bien, hasta que una vez que lo hacen se sienten aliviados, pero las compulsiones continúan a lo largo del día. La atención y medicación en el hospital no tiene ningún costo. Generalmente, la medicación otorgada a los pacientes con TOC es la misma que se medica a los pacientes con distintos tipos de ansiedad. La Fluoxetina es una de las más medicadas para el TOC, combinada con la psicoterapia. González menciona que, hoy en día, son otros los diagnósticos observados que no abarcan mayor gravedad; sin embargo, si los pacientes necesitan realmente hospitalización se los incluye en el área de ansiedad. (González, 2015)

El Centro Ambulatorio San Lázaro, antes conocido como el Hospital San Lázaro, es una institución pública ubicada en el centro de la ciudad de Quito, encargada de crear y garantizar otras modalidades terapéuticas que permitan una atención al paciente con TOC con un mayor respeto en su humanidad, enfocando la atención global de sus necesidades que incluye la asistencia ambulatoria y comunitaria, descentralizada, preventiva e integral. El centro brinda una atención integral psicofarmacológica y psicoterapéutica de trastornos tales como el Trastorno Obsesivo Compulsivo. (Ministerio de Salud Pública, 2015). El centro no cuenta con el servicio de hospitalización por lo que los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo son atendidos en consulta externa, contando con alrededor de 15 especialistas para su atención.

Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón es una fundación sin fines de lucro ubicada en el sector del Condado de la Ciudad de Quito. El Doctor David Moscoso, encargado de docencia e investigación del instituto menciona que el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón ofrece atención psicológica y psiquiátrica a pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo sin ningún costo dentro de su servicio de consulta externa, ya que por el momento no se observa la necesidad de internar a los pacientes con TOC.

Por otro lado, existe el Centro Psiquiátrico San Juan de Dios que también es una institución religiosa de confesionalidad católica sin fines de lucro que promueve la ayuda a pacientes con TOC. Este centro se encuentra ubicado en el Valle de los Chillos dentro del sector de Sangolquí. Según Mónica Betancourt, directora ejecutiva del centro, menciona que la institución se caracteriza por su pluralidad y por un compromiso social compartido con muchas otras instituciones de carácter público, eclesial o privado con las que existe una afinidad en la motivación y una visión compartida.

Esta predilección por las personas más vulnerables, sea a causa de su enfermedad o por su limitación de recursos, lleva a la institución a la puesta en marcha y desarrollo de programas de acción social y de salud. (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2013). Viviana Villena, directora médica del centro, constató que la institución sí cuenta con pacientes internos con Trastorno Obsesivo Compulsivo los cuales son atendidos con altos estándares de servicio y especialistas en este trastorno derivado de la ansiedad.

2.2.5 Testimonios

Carlos (26 años)

“Los síntomas del trastorno obsesivo compulsivo comenzaron cuando yo tenía entre 23 y 24 años. Me dio porque tuve un impacto muy fuerte en mi vida porque primero le atropellaron a mi hermana, murió mi mamá y después murió mi papá. Entonces es ahí cuando se presenta el TOC cuando el cerebro trata de pensar en otra cosa para no pensar en lo que te pasó, pero es peor. Al inicio comencé con ataques de ansiedad hasta que un día estaba viendo la televisión y se me metió una idea; generalmente el TOC se da contra lo que mas quieres, entonces a mi se me metieron insultos contra Dios. Mi hermana me decía que piense en otra cosa, pero no hay como, solo se mete una idea que controla tu cerebro y no sale.

No empezó suave sino durísimo, como yo tocaba en la alabanza de la iglesia, se me cambiaban las letras de las canciones. Fui a un especialista lo más pronto posible, para esto no funciona una terapia normal en la que te sientas frente al psicólogo sino que necesitas cosas prácticas así como calmantes y medicina. Fui a un psicólogo especializado en Trastorno Obsesivo Compulsivo que me enseñó ejercicios que para la gente normal parecen absurdos pero que para nosotros sirve bastante. Eran ejercicios como repetir frases como “No soy yo, es mi trastorno”. A mi me venían insultos contra Dios todo el tiempo y yo me preocupaba, por eso veía demonios, entonces tuve que ir educando a mi cerebro convenciéndome de que no era yo el que pensaba eso sino que era parte del trastorno que no dependía de mí. Eso es lo que la gente normal no va a entender nunca, solo te dicen piensa en otra cosa pero no se puede.

Para tratarme esto tuve que viajar a Estados Unidos donde vive mi hermana. Me trataron con medicina natural porque la medicina normal te mata, porque te reduce lo síntomas pero luego ocasiona efectos secundarios y dependencia. Para recetarme la medicina natural me hicieron un examen de orina para detectar el estado de los neurotransmisores y ver cuales están mal. Entonces me hicieron una pastilla específica para mi y me dijeron que por tres meses no iba a sentir ninguna mejoría, pero que luego comenzaría a hacer efecto y así fue.

Además tenía chicles calmantes, spray calmante, valeriana y otras cosas mas para poder estar tranquilo, fue muy feo pasar por eso. A parte de la medicina natural, los doctores me mandaron a hacer mucho ejercicio para contrarrestar los síntomas y gracias a Dios en 8 meses salí bien de todo esto porque yo tenía tratamiento para 8 años, aún tengo ese certificado, me iban a internar en una clínica porque yo ya no habla, no comía no dormía ni nada. Lo malo es que el tratamiento me salió muy caro, toda mi recuperación me costó como 10 000 dólares. En Ecuador ni siquiera existe este tipo de medicina, ni médicos especializados en el TOC. Las medicinas me costaban como 300 dólares mensuales y las terapias con el psicólogo 70 cada una y tenía dos por semana, entonces en total pagaba como 860 mensuales.

El trastorno obsesivo compulsivo afectó totalmente mis relaciones interpersonales. Yo no hablaba con nadie, solo quería morirme. Estas intranquilo todo el tiempo, nunca estás en paz y pasas mal el día entero. Lo que mas me ayudó a sobrellevar el TOC fue la ayuda de mi familia, de Dios y sobre todo echarle ganas y vencer los miedos. Lo que le recomendaría a una persona con TOC es tomar terapia y poner de parte porque también es cuestión de decisión. Lo ideal es buscar una razón y un objetivo por el cual vivir, hacer ejercicio y nunca meterse químicos muy fuertes sino solo medicina natural”.

Andrea (23 años)

“No tenía idea del por qué de mis conductas, muchas veces llegué a pensar que estaba loca. No sabía por qué cuando decía cualquier frase mi cuerpo se desesperaba por hacerla repetitiva para poder estar tranquila, lo raro es que esta frase no la hacía en voz alta sino solo en mi mente y siempre era en inglés de manera repetitiva. En el día creo que repetía 50 veces la misma frase en mi cabeza, poco después adquirí una manía con los números especialmente con el tres, todo lo que hacía o decía lo tenía que repetir tres veces o de caso contrario me quedaba intranquila y a veces sentía que la respiración me faltaba, cuando esas cosas empezaron me día cuenta que mi conducta no era normal y que algo estaba súper mal en mí, pero pensé que después se me pasaría, en realidad llegué a pensar que era talvez alguna etapa de mi edad porque esto empezó cuando yo tenía 19 años, poco a poco esto fue empeorando porque ya no solo eran frases repetitivas sino imágenes que perturbaban mi tranquilidad y en realidad ya no me dejaban ser feliz, solo quería quedarme en la cama y muchas veces lo único que quería era suicidarme. De hecho me costaba mucho contarle a alguien lo que me estaba pasando, por vergüenza y más que eso por miedo a ser tachada de loca; hasta que un día cuando cumplí 20 años se me presentó una crisis en la que ya no podía manejarla sola, si bien era cierto que mi familia notaba que algo iba mal conmigo por eso visité a varios psicólogos pero nada iba bien, así que con mi mamá juntas le pedimos a Dios que nos conduzca a un buen especialista, fue el único que me dijo que tenía TOC, me asusté mucho al principio porque pensé que nunca más volvería a tener una vida normal pero no fue así, actualmente tomo pastillas para controlar la ansiedad y así evitar cualquier otro inconveniente, tengo mi novio, soy feliz, puedo decir que después de todo si tengo una vida hermosa y normal”.

Roberto (24 años)

“Actualmente tengo 24 años, pero tengo trastorno obsesivo compulsivo desde los 12 años. Mi problema desde el principio fue grave y muy fuerte, que todo lo que escuchaba y veía se transformaba en pensamientos horribles que por más que trataba de controlarlos era imposible porque yo sentía que eran involuntarios, estas ideas eran negativas que poco a poco se consumían mi tranquilidad y perturbaban mi mente. Para poder calmar estos pensamientos ya no solo necesitaba pensar en otras cosas, ya necesitaba cumplir con ciertos rituales para apaciguar la ansiedad y desesperación que esto me producía, pensaba que todos esos pensamientos podían llegar a cumplirse, entonces fue ahí cuando deje de dormir, vivía en ansiedad y mi vida real era totalmente ficticia. Empecé a ser cada vez más lento porque todos mis hábitos diarios tenía que repetir 20 veces al igual que cuando me vestía, si no me ponía 20 mudadas de ropa no podía estar tranquilo.

Cuando hablé con mis papás sobre lo que estaba pasando, fuimos a buscar ayuda profesional, esta búsqueda duró años porque con cada médico que acudía tenía resultados positivos temporales máximo de dos meses, después de ese tiempo de nuevo regresaban los mismos efectos, bueno al final encontré un buen psicólogo que me internó por 4 años y hace más o menos un año me dieron el alta. Actualmente, estudio en la Espe Ingeniería Eléctrica, realmente ninguno de mis compañeros se ha dado cuenta de mi problema, de hecho soy el que mejor rendimiento tiene en la clase y considero que esto es gracias a la personalidad obsesiva y perfeccionista que el Trastorno Obsesivo Compulsivo tiene, gracias a mi rendimiento es que me dieron la oportunidad de trabajar a pesar de no estar graduado en la compañía de telecomunicaciones más importante del país. De hecho hoy justo terminé de tomar mi última pastilla de anafranil, esto significa que se acabó la medicación para mí y creo que es un buen comienzo para tener una vida plena”.

Valeria (22 años)

“No me es fácil hablar de esto pero lo intentaré, ahí vamos. Cuando era niña pensaba que todas mis actitudes eran por mi personalidad, me encantaba que mis muñecas estén simétricamente ordenadas que mis zapatos estén siempre en un orden de 8 filas, si veía algo sucio sentía que mi cuerpo se alteraba y sentía la necesidad de limpiar, de hecho un día nos fuimos con mis papás a las termas de Papallacta, cuando estábamos bañándonos empezó a llegar un montón de gente que lo único que hice fue salir para evitar contaminarme, cuando llegué a mi casa corrí a la ducha, pero igual me seguía sintiendo sucia; a las 3:45 am más o menos me levanté desesperada, sentía que los gérmenes me comían, entonces fue ahí cuando me metí de nuevo a la ducha y cuando salí me bañé en alcohol por si acaso, esto de ponerme alcohol lo tuve que repetir 3 veces porque al tener presente al padre, al hijo y al espíritu santo sabía que todos esos gérmenes me dejarían en paz.

A los 20 años me quedé embarazada, y en esta etapa empecé a sentir cosas súper extrañas, todo el tiempo me sentía enferma, sentía que todo mi cuerpo estaba con agujas y eso me causaba taquicardia, iba todo el tiempo al médico pero él siempre me decía que no tengo nada, que talvez sea ansiedad por el embarazo. Cuando mi hijo nació, las cosas se pusieron peores; una noche mi hijo empezó a llorar descontroladamente y yo no sabía que hacer para consolarlo, creo que este episodio fue el peor de mi vida porque de repente a mi mente se me vino la idea de coger un cuchillo y hacer daño a mi bebé, esa idea se transformó en una obsesión, porque yo no era capaz ni de pisar una hormiga cómo podía pensar que iba a lastimar a mi hijo, así que empecé a tener conductas de evitación; me inventaba cualquier excusa para estar lejos de mi hijo y así pensar de nuevo en esto. Ese fue un momento crítico en mi vida porque fue cuando en realidad pensé que me estaba volviendo loca.

Ese pensamiento poco a poco se empezó a apoderar totalmente de mí, por más que trataba de evitarlo y controlarlo, para mí era imposible y lo más feo de esto era que no me atrevía decirle a nadie por miedo al que me dirán; lo único que hacía era llorar, encerrarme en mis pensamientos y en mi cuarto hasta tratar de descubrir que era lo que me pasaba. Cuando mi hijo cumplió seis meses encendí la radio y escuché a un psicólogo hablar de síntomas similares y fue ahí cuando me animé a buscar ayuda profesional, porque ahí fue que entendí que no soy la única que pasa por esto y sobre todo que no estaba sola. Empecé a asistir a terapias individuales y grupales; luego me empezaron a medicar, los primeros meses fueron los más duros y traumáticos para mí. Después de un año sometida a este tratamiento, empecé a sentirme aliviada, en realidad llegué a pensar que ya estaba curada, actualmente estoy en el proceso de dejar la medicación, pero desde el momento en que opté por pedir ayuda le he disfrutado a mi hijo al máximo y sobre todo la relación con el padre de mi hijo ha mejorado notablemente, puedo decir que soy muy afortunada de haber prendido la radio ese día porque quizás ahorita solo ya no estaría viva”.

3. CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS

Figura 3: Logo del Centro de Reposo San Juan de Dios



El Centro de Reposo San Juan de Dios es una Institución, sin fines de lucro, de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios creada en 1967. Brinda servicios asistenciales en salud mental ofreciendo servicios médicos, psicológicos y espirituales en el área de Psiquiatría Clínica, entre otras. Actualmente mantiene convenios institucionales con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). El centro está ubicado en la Calle San Juan de Dios S2 – 209 y Calle Argentina en el Valle de los Chillos. (Centro de Reposo San Juan de Dios, 2015).

El Centro de Reposo San Juan de Dios es una institución religiosa de confesionalidad católica sin fines de lucro que promueve la ayuda a pacientes con TOC. Este centro se encuentra ubicado en el Valle de los Chillos dentro del sector de Sangolquí. Según Mónica Betancourt, directora ejecutiva del centro, menciona que la institución se caracteriza por su pluralidad y por un compromiso social compartido con muchas otras instituciones de carácter público, eclesial o privado con las que existe una afinidad en la motivación y una visión compartida. Esta predilección por las personas más vulnerables, sea a causa de su enfermedad o por su limitación de recursos, lleva a la institución a la puesta en marcha y desarrollo de programas de acción social y de salud. (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2013).

Viviana Villena, directora médica del centro, constató que la institución sí cuenta con pacientes internos con Trastorno Obsesivo Compulsivo los cuales son atendidos con altos

estándares de servicio y especialistas en este trastorno derivado de la ansiedad.

Se escogió al Centro de Reposo San Juan de Dios para ser el principal beneficiario de esta campaña ya que es la única institución sin fines de lucro del Distrito Metropolitano de Quito que cuenta con pacientes internos con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo. El centro ha logrado un reconocido prestigio a nivel nacional e internacional en el manejo de pacientes psiquiátricos y cuenta con los equipos y el personal capacitado para brindar una buena atención a los pacientes con TOC.

4. PLANTEAMIENTO DE CAMPAÑA

4.1 Objetivos

Objetivo General

Despertar en la sociedad la concientización y el interés por el Trastorno Obsesivo Compulsivo a través de eventos informativos y de recaudación para cambiar la realidad del barrio San Carlos de Alangasí y beneficiar económicamente al Centro de Reposo San Juan de Dios.

Objetivos Específicos

- Realizar un evento en un barrio de clase media-alta para recaudar fondos.
- Interactuar y comunicar al público por medio de una campaña Below The Line en el barrio escogido.
- Vender un producto comunicacional para recaudar fondos.
- Brindar charlas informativas para la población de San Carlos de Alangasí.
- Promocionar la campaña en Redes Sociales.
- Contar con el apoyo de medios de comunicación en la difusión de información correspondiente a la campaña y eventos.

4.2 Duración

La campaña inició el día miércoles 11 de noviembre del 2015 y culminó el día viernes 18 de diciembre del mismo año.

4.3 Público objetivo

La campaña manejó como target principal al público joven del Barrio San Carlos de Alangasí.

4.4 Barrio

La parroquia de Alangasí está ubicada en la provincia de Pichincha, cantón Quito. Tiene una extensión de 44,16 Km y alrededor de 25 000 habitantes. La parroquia Alangasí está conformada por un total de 32 barrios, entre los que se encuentra el Barrio San Carlos el cual se ha escogido para la campaña explicativa en la que se darán charlas informativas sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se escogió este barrio ya que en el sector donde está ubicado el Centro de Reposo San Juan de Dios no existe un claro conocimiento y conciencia sobre la salud mental y peor aún sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

El objetivo de realizar la campaña en este barrio fue concientizar a su población sobre la realidad de la salud mental en el Ecuador así como las causas y consecuencias del Trastorno Obsesivo Compulsivo, de esta manera promoviendo la labor que realiza el Centro de Reposo San Juan de Dios en cuanto al tratamiento de este trastorno dentro del barrio San Carlos de Alangasí.

4.5 Mensaje

Brindar información sobre la salud mental, específicamente sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo en adolescentes, cualquiera lo puede padecer, abordando temas de ayuda psicológica, tratamientos, antecedentes, etc.

4.6 Logotipo

El logotipo “Hablemos Claramente” está diseñado con degradé de colores tales como el amarillo, rosado, morado, verde, rojo, azul y naranja; lo que representa a cada uno de los trastornos que la campaña de salud mental “Hablemos Claramente” engloba. En nuestro caso el Amarillo representa al Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Figura 4: Logo de “Hablemos claramente”



4.7 Slogan

El Slogan de la campaña lo hemos denominado “Intercambiemos Roles”, este slogan lo hemos utilizado para fomentar el ponerse en los zapatos del otro antes juzgar cualquier tipo de actitud que presente.

Figura 5: Slogan de “Intercambiemos Roles



4.8 Producto Comunicacional

“Happy Pills contra el TOC”

Figura 6: Diseño de etiqueta para el producto comunicacional

<p>Precauciones nutricionales:</p> <p>Alto Felicidad</p> <p>Alto Autoestima</p> <p>Bajo Estrés</p> <p>Bajo Ansiedad</p>	<p>Happy Pills contra el</p>  <p>TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Intercambiemos roles</p>	<p>¿Qué es el transtorno Obsesivo Compulsivo?</p> <p>Es un trastorno mental específicamente de ansiedad y estrés: en el que la persona que lo padece mantiene pensamientos e ideas que producen obsesión y gran angustia. Después de crear la obsesión, la persona siente la necesidad de desarrollar una compulsión para aplacar los pensamientos no deseados.</p> <p>Las compulsiones se muestran como acciones repetitivas. Por ejemplo: limpiar, lavarse las manos, ordenar objetos, entre otros, con el fin de contrarrestar la ansiedad y sentir satisfacción temporal.</p>
 <ul style="list-style-type: none"> ● Reduce el estrés ● Elimina la ansiedad ● Contrarresta la compulsión 		

Este producto comunicacional es una simulación de pastillas de tres colores que cumplen diferentes funciones, el azul reduce el estrés, el naranja elimina la ansiedad y el rojo contrarresta la ansiedad y la compulsión. En la etiqueta del producto comunicacional se informa de manera resumida y sencilla lo que el Trastorno Obsesivo Compulsivo significa. El producto contiene el logo de la campaña “Intercambiamos roles” y lleva una simulación de precauciones nutricionales del producto de ser alto en felicidad y autoestima, así como bajo en estrés y ansiedad.

El producto fue vendido en 1,50 dólares en diferentes localidades de la ciudad de Quito y Cumbayá con el objetivo de recaudar fondos para la fundación y al mismo tiempo informar y crear conciencia sobre el TOC.

Figura 7: Producto comunicacional



4.9 Auspiciantes

Figura 8: Logo de Coaching The Mind



Figura 9: Logo de Humanité- Estética Integral



Figura 10: Logo de JOY



Figura 11: Logo de Beach House



4.10 Padrino de la Campaña “Intercambiemos Roles”

Figura 12: Daniel Machado “El Jack”



Daniel Machado Rosero (32) actor ecuatoriano nacido en la ciudad de Quito, ha venido desenvolviéndose en el ámbito artístico desde los 15 años para poco a poco ir abriéndose camino con su talento para la comedia. Daniel Machado es conocido en el mundo del teatro Ecuatoriano como “El Jack”. Ha escrito 4 obras de teatro y ha adaptado 5 textos de autor. Su pasión por su trabajo, le ha permitido compartir escenario con grandes artistas internacionales como Adal Ramones (México), Andrés López (Colombia), Joan Manuel Serrat (España), Daniel Sarcos (Venezuela) y Hanoch Rosenn (Israel). Daniel Machado ha protagonizado varios comerciales de televisión, ha sido actor de reparto en la producción nacional ecuatoriana, ha participado en 6 cortometrajes, obras de teatro, entre otras. (Página oficial de Daniel Machado, 2014).

4.11 Planificación de evento

El día 20 de noviembre del 2015 se realizó una “Comedy Night por el Trastorno Obsesivo Compulsivo”. La noche de comedias fue dirigida por el reconocido actor y comediante ecuatoriano Daniel Machado, mas conocido como “El Jack”. El evento tuvo lugar a las 20h30 en el teatro Calderón de la Barca de la Universidad San Francisco de Quito. Se vendieron las entradas a \$ 10, asistieron 70 personas por lo que se recaudaron 700 dólares en total.

En el evento se proyectó un video informativo sobre el TOC y la campa. Los auspiciantes del evento fueron:

- Discoteca Joy
- Humanité Estética Integral
- Beach House
- Coaching the Mind

Se sortearon los premios de los auspiciantes como limpiezas faciales, una noche en Tonsupa para dos personas, a demás todos los asistentes tuvieron la opción de 50% de descuento en el cover de la discoteca Joy.

Figura 13: Difusión del evento desde el COCOA

The image shows a Facebook event page for "Comedy Night por el Trastorno Obsesivo Compulsivo". The event is organized by COCOA (Colegio de Comunicación y Artes) and is scheduled for Friday, November 20, at 20:00 at the Teatro "Calderón De La Barca" in USFQ, Quito. The featured comedian is Daniel Machado "El Jack". The page includes a detailed description of the event's purpose (raising funds for Fundación San Juan de Dios), a statistics section showing 2310 reach, 214 views, and 35 participants, and a list of suggested events.

Event Details:

- Event Name:** Comedy Night por el Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Comedian:** Daniel Machado "El Jack"
- Date/Time:** Viernes, 20 de noviembre a las 20:00
- Location:** Teatro "Calderón De La Barca" USFQ, Quito
- Organizer:** COCOA Colegio de Comunicación y Artes

Description:

Te invitamos al evento para recaudar fondos para ayudar económicamente a la Fundación San Juan de Dios, entidad que trata personas con trastornos mentales especialmente el TOC.

Es importante que pongan "Asistiré" cuando el evento sea creado para poder ponerles de organizadores y así puedan editar libremente el contenido del evento.

¡Los esperamos!

Statistics:

- 2310 alcance
- 214 lo han visto
- 35 han participado

Activity:

- Patty Paez Montalvo** (17 de noviembre): Hola pueden confirmar si tienen costo las entradas?
- Stefanía Coronel** (17 de noviembre): Buenas tardes! Si las entradas tienen el valor de \$10!

Suggested Events:

- Bubble Run Ecuador
- FONSECA, Lucas Arnao y Co...
- Festival de Comida Japonesa...

Figura 14: Desarrollo del Comedy Night por el TOC



Figura 15: Desarrollo del Comedy Night por el TOC



Figura 16: Afiche de Comedy Night

COMEDY NIGHT POR EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
 en ayuda al **San Juan de Dios**

Comediante:
Daniel Machado "El Jack"

Día: viernes 20 de noviembre de 2015

Hora: 20h00

Lugar: Universidad San Francisco de Quito, Teatro Calderón de la Barca.

Valor: \$10⁰⁰

UNA COMEDIA JOVEN QUE SE ESCUCHA CON MUCHA EXPERIENCIA

ADAL RAMONES

con el auspicio de: presentado por:

Figura 17: Entrada Comedy Night

COMEDY NIGHT POR EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
 en ayuda al **San Juan de Dios**

Comediante:
Daniel Machado "El Jack"
 20 de Noviembre, Teatro Calderón de la Barca - USFQ

con el auspicio de: presentado por:

4.12 Campaña BTL

La publicidad de tipo BTL significa Below The Line, es decir debajo de la línea, en otras palabras son “técnicas y prácticas publicitarias que intentan crear nuevos canales de comunicación entre la marca y el consumidor”. (Red Gráfica Latinoamérica). Éste tipo de publicidad es no masivo, se dirige específicamente a un target previamente seleccionado un segmento del mercado específico.

El objetivo principal de éste tipo de publicidad es el de atraer la atención de su target emitiendo a sus consumidores un mensaje de una forma diferente, innovadora, creativa a través de medios no tradicionales. Es decir que se preocupan por la manera en la que los demás percibirán lo que quieren transmitir.

Según los especialistas en redes sociales, los usuarios elaboran, diariamente, una pequeña novela de su vida en donde Facebook es el espejo y Twitter el megáfono social, en busca de likes o follows, dado que empieza el tema de la aceptación de los demás, el usuario tiende a hacerse adictivo a que le den un me gusta, por eso la necesidad de presumir lo que se está haciendo siempre.

La Asociación Americana de Psiquiatría reveló que los selfies son un deseo compulsivo obsesivo que compensa la falta de autoestima y además llenan un vacío en la intimidad. Según la asociación, hay tres niveles de este trastorno:

Borderline selfitis: Cuando uno toma fotos de sí mismo por lo menos tres veces al día, pero no las publica.

Acute selfitis: Cuando uno se toma fotos de sí mismo por lo menos tres veces al día y las publica en las redes sociales.

Chronic selfitis: Cuando hay un impulso incontrolable por tomarse fotos todo el día y las publica más de seis veces en las redes sociales.

(APA, 2015)

Por lo tanto, la campaña BTL se realizó el día 4 de diciembre del 2015 en el Parque Central de Alangasí ubicado en las calles Colombia y Pichincha del barrio San Carlos de Alangasí. El evento comenzó a las 12h00 de la tarde con una duración de 3 horas. En esta campaña se pudo interactuar con el público adolescente de los colegios cercanos que frecuentan el parque antes de su horario vespertino de clases. A través de esta campaña se informó sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo, sus causas y consecuencias, así como su derivación en lo que hoy se conoce como Selfitis (obsesión por la imagen física). Como modo de enganche se utilizó bocaditos de canguil con el logo y color de la campaña, después se interactuó con el público al tomar varias selfies y dialogar sobre el TOC para luego proporcionar un tríptico informativo como recordación. El evento BTL alcanzó a aproximadamente 80 personas relacionadas al target general de la campaña.

Figura 18: Producto de enganche



Figura 19: Tríptico portada



Figura 20: Tríptico contraportada



Figura 21: Selfitis con la comunidad de Alangasí



Figura 22: Selfitis con la comunidad de Alangasí



4.13 Charlas Informativas

La campaña “Intercambiamos Roles” también tuvo por objetivo informar detalladamente a la población de San Carlos de Alangasí sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo, sus causas, consecuencias y tratamiento por medio de charlas informativas dictadas por médicos especialistas del Centro de Reposo San Juan de Dios.

Figura 23: Arte sobre las charlas informativas

CHARLAS INFORMATIVAS SOBRE EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

La UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO Y EL CENTRO DE REPOSO SAN JUAN DE DIOS, les invita a participar en las charlas informativas dedicadas al personal del centro y el público interesado.
!Intercambiemos ROLES!



Exponentes: Verónica Montero (Especialista en Trastornos Mentales)
 Lugar: Centro de Reposo San Juan de Dios
 Fecha: jueves, 10 de Diciembre 11h00
 Dirección: San Juan de Dios S2- 209 y Argentina Valle de los Chillos



Las charlas se llevaron a cabo en distintos lugares relacionados con el target de la campaña. La primera charla se dictó el día jueves 10 de diciembre a las 12h00 en el auditorio principal del Centro de Reposo San Juan de Dios ubicado en la calle San Juan de Dios, San Carlos de Alangasí. Esta charla fue dirigida a todo el personal de la fundación escogida, con el objetivo de que todos los empleados estén consientes de la existencia del trastorno y del trabajo que el Centro realiza al respecto.

Figura 24: Primera charla informativa

La segunda charla se realizó el día jueves 17 de diciembre a las 9h00 en la Academia de Guerra de la Fuerza Terrestre, dirigida a los jóvenes del Centro de Instrucción de Conscriptos de Alangasí.

Figura 25: Segunda charla informativa



4.14 Activismo

El activismo social es una acción intencional con el objetivo de lograr un cambio social. Es trabajar fuertemente sobre una causa e influenciar hacia un cambio. El activismo busca ponerle fin a la injusticia al crear comunidades fuertes que fomenten la salud económica, social y psicológica. (Amherst College, 2015)

La campaña general “Hablemos Claramente” convocó un activismo por medio de una protesta pacífica ya que el gobierno destina a penas un 1,2% de su presupuesto a la salud mental. En Ecuador existen más suicidios que homicidios cada año. Por lo tanto, se buscó exigir al gobierno que atienda de mejor manera la salud mental.

El acontecimiento tuvo lugar el día miércoles 16 de diciembre del 2015 a las 10h30 afuera del Ministerio de Salud Pública ubicado en la Av. República del Salvador y Suecia.

Esta protesta tuvo como objetivo sensibilizar al gobierno sobre los trastornos mentales.

Los puntos específicos que se pidieron por medio del activismo fueron que el gobierno:

- Implemente programas a nivel educativo en colegios y universidades sobre la salud mental.
- Cree una campaña de comunicación masiva que combata las ideas erróneas sobre los trastornos mentales.
- Aumente el presupuesto que se designa a los programas de salud mental.
- Sea más abierto en cuanto a la información de proyectos actuales.

Figura 26: Difusión del activismo desde la página de Facebook del COCOA

The image shows a Facebook event page for a protest. The event is titled "Protesta pacífica para que el gobierno de mayor prioridad a la salud mental" and is organized by COCOA Colegio de Comunicación y Artes. The event is scheduled for Wednesday, December 16, at 10:30 AM, at the Ministerio Salud Ecuador in Quito. The page features a colorful hexagonal background and a logo for "Hablemos CLARAMENTE" with a brain graphic. The event description states that the government only allocates 1.2% of its budget to mental health, leading to more suicides than homicides annually. The protest aims to demand better government action and raise awareness about mental health issues. The page also shows statistics: 32 people are interested, 33 have attended, and 1895 have been invited. There are also related events listed, such as "Bubble Run Ecuador".

Stefania Coronel
Editar perfil

MIS EVENTOS
 Próximos
 Calendario
 Suscrito
 Anteriores
 Crear

DIC 16 Protesta pacífica para que el gobierno de mayor prioridad a la salud mental

Hablemos **CLARAMENTE**

Público · Organizado por COCOA Colegio de Comunicación y Artes ...

Asistiré Invitar Editar

Miércoles, 16 de diciembre a las 10:30
hace 3 días

Ministerio Salud Ecuador
Av. República del Salvador 36-64 y Suecia, 170515, Quito [Mostrar mapa](#)

Te ha invitado Andrea Aguirre Tinajero

El gobierno destina a penas un 1,2% de su presupuesto a la salud mental. En Ecuador existen más suicidios que homicidios cada año. Detengamos esta realidad. Acompáñanos en esta protesta pacífica para exigir al gobierno que atienda de mejor manera la salud mental. Esta protesta es organizada por la campaña "Hablemos ClaraMENTE" de sensibilización sobre los trastornos mentales. Nace pensada en la necesidad que existe en Ecuador de levantar conocimiento sobre lo que realmente significan los trastornos mentales, sus causas, consecuencias, alternativas de tratamiento y formas de prevención. Además, busca reducir las ideas erróneas que existen en la sociedad acerca de quienes sufren de enfermedades de la mente.

Queremos que el gobierno

- Implemente programas a nivel educativo en colegios y universidades sobre la salud mental.
- Cree una campaña de comunicación masiva que combata las ideas erróneas sobre los trastornos mentales.
- Aumente el presupuesto que se designa a los programas de salud mental.
- Sea más abierto en cuanto a la información de proyectos actuales.

¡Únete a nuestra causa!

32 me interesa 33 han asistido 1895 invitado(s)

ESTADÍSTICAS

2363 alcance
603 new esta semana

530 lo han visto
167 new esta semana

65 han participado
17 new esta semana

Actualizado el Hace 2 segundos

EVENTOS RELACIONADOS

Quito Bubble Run Ecuador
Parque Bicentenario Quito en d...
5 amigos(as) asistirán
Me interesa · Asistiré

Figura 27: Desarrollo del activismo



Figura 28: Desarrollo del activismo



Como resultado el Ministerio de Salud se mostró abierto a dialogar y escuchar la propuesta general de la campaña. Las alumnas Andrea Aguirre, Carla Pillajo y Stefania Coronel ingresaron oficialmente la propuesta pacífica por medio del diálogo con los asesores de la ministra Margarita Guevara.

4.15 Cuña Radial

La cuña radial durará 42 segundos, tendrá un solo locutor y será reproducida por Radio Alangasí tu radio. Este se realizará en el programa: “El Rincón de Josselyn”.

“Hablemos claramente” El Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas de la Universidad San Francisco de Quito impartirá charlas informativas acerca del Trastorno Obsesivo Compulsivo y sus tratamientos, con el fin de sensibilizar sobre la importancia de la salud mental que va dirigido a profesionales de la rama de la salud y público en general. Las charlas serán impartidas por las especialistas reconocidas en Ecuador, la Dra. Verónica Montero y Mariuxi Ortuño.

Se llevará a cabo el día 17 de diciembre en la Academia de Guerra de la Fuerza Terrestre en Sangolquí a las 9h00 am. Contáctate con nosotros en Facebook como “Intercambiemos Roles” para información y reservaciones. Es hora de tomar conciencia y HABLEMOS CLARAMENTE.

4.16 Video informativo

Se realizó un video explicativo con la información mas relevante sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Este video fue proyectado en cada uno de los eventos de la campaña, informando los siguientes datos:

“La Universidad San Francisco de Quito junto a la campaña Hablemos Claramente presenta: Intercambiemos Roles, campaña sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), el Trastorno Obsesivo Compulsivo es un trastorno de ansiedad en el que la persona que lo padece mantiene pensamientos repetidos desagradables. Después de crear la obsesión, la persona siente la

necesidad de desarrollar una compulsión, las obsesiones son ideas, pensamiento, imágenes o impulsos persistentes que se viven inicialmente invasivos, sin sentido y extraños a los cuales intentan neutralizar o suprimir y que pueden ir asociados con temores sobre desastres. Las compulsiones son conductas o acciones repetitivas no placenteras e irracionales que se producen en respuesta a una obsesión con el fin de reducir la ansiedad o el malestar.

Según la clasificación mundial de enfermedades, todo tratamiento individualizado requiere un buen análisis funcional. Por ello, la evaluación consistirá en una entrevista en la que se recogerá información sobre las obsesiones y compulsiones. Los antecedentes del cuadro, miedos y creencias, consecuencias de los rituales así como de las emociones y miedos asociados. Las principales técnicas de intervención en la actualidad resultan de la combinación de los tratamientos psiquiátricos y psicológicos como lo es el psicoanálisis. Los tratamientos farmacológicos más efectivos son la clomipramina, fluoxetina y flovoxamina. Los tratamientos psicológicos más eficaces son los procedimientos de exposición in vivo con intención paradójica, la desensibilización a la asociación y los dirigidos a reducir el malestar y la ansiedad producidos por las obsesiones y las técnicas de supresión o bloqueo tales como la inversión del hábito, la prevención de respuesta y la detención del pensamiento dirigidas a reducir la frecuencia de obsesiones y compulsiones.

El trastorno obsesivo compulsivo es una enfermedad mental difícil de tratar, está en nuestras manos cambiar el estilo de vida de las personas que padecen este trastorno, ¿Quieres ser parte del cambio? Entonces, ¡Intercambiamos Roles!”

Figura 29: Video informativo sobre el TOC



4.17 Cronograma

Tabla6: Cronograma de actividades de la campaña

Actividad	Fecha	Lugar	Hora	Participantes
Noche de Comedias para el TOC	Viernes 20 de noviembre	USFQ, Teatro Calderón de la Barca	20h30	70
Campaña BTL	Viernes 4 de diciembre	Parque Central de Alangasí	12h00	80
Charla 1	Jueves 10 de diciembre	Auditorio principal del Centro de Reposo San Juan de Dios	12h00	41
Charla 2	Jueves 17 de diciembre	Academia de Guerra de la Fuerza Terrestre	9h00	53
Activismo	Lunes 14 de diciembre	Ministerio de Salud Pública	15h00	50
Venta del producto	Todos los días			
Total				294

4.18 Presupuesto

Tabla7: Presupuesto de la campaña

Actividad	Cantidad	Costo Unitario	Costo total (Gasto)	Venta	Ganancia
Entradas Noche de Comedias para el TOC	70 personas	\$10 entrada	\$50	\$10	\$700
Campaña BTL	100 publicidad	\$0,20	\$20	0	0
Campaña Explicativa	100 publicidad	\$0,20	\$20	0	0
Producto Comunicacional	160	\$1,00	\$160	\$2.00	\$160
Diseño	4	\$22	\$88	0	0
Cuña Radial	1	\$20	\$20	0	0
TOTAL			\$358		\$860

Restando los gastos totales de la campaña, el total de fondos recaudados fue de **\$502**.

4.19 Objetivos vs logros

Tabla8: Objetivos vs logros de la campaña

Objetivos	Logros
1. Realizar un evento de recaudación en un barrio de clase media-alta.	<ul style="list-style-type: none"> - “Comedy Night por el TOC” con “El Jack”. (20/11, 20h30) - 70 asistentes - \$700 recaudados - Video informativo . - Auspiciantes y premios.
2. Interactuar y comunicar al público con una campaña BTL.	<ul style="list-style-type: none"> - BTL sobre el TOC y la Selfitis. Parque Central de Alangasí. (4/12, 12h00) - Enganche al público. - Interacción e información. - Alcance: 80 personas.
3. Venta de producto comunicacional para recaudación.	<ul style="list-style-type: none"> - 100 “Happy Pills contra el TOC” \$1.50 dólares. - Interés de compradores.
4. Charla informativa para la población de San Carlos de Alangasí.	<ul style="list-style-type: none"> - Charla1: Centro de Reposo San Juan de Dios. (10/12, 12h00). Alcance: 41 - Charla 2 Academia de Guerra de la Fuerza Terrestre. (17/12, 9h00) Alcance: 53
5. Campaña en Redes Sociales.	<p>Facebook</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Intercambiemos Roles”. Alcance: 250 personas. - GOBE , 10 700 fans. - COCOA , 3500 fans. - Ktleya, 5127 fans

4.20 Logros inesperados

- Conseguimos una charla informativa adicional para el personal del Centro de Reposo San Juan de Dios.
- En la campaña BTL muchos adolescentes dejaron el miedo y la vergüenza de lado y se acercaron a pedirnos más información sobre el TOC porque sospechaban que sus familiares lo padecían.
- Una vez culminadas nuestras charlas informativas, los asistentes se acercaban a felicitarnos por la iniciativa y nos pidieron impartir más charlas y que continuemos con la campaña.

5. MEDIOS DE COMUNICACIÓN (CLIPPING)

- Difusión de la campaña y evento de "Comedy Night por el TOC" por el vocero Daniel Machado en Radio Hot 106.1 FM.
- Difusión de la campaña y charlas informativas en Radio Exa FM 92.5
- Difusión de cuña de radio en Radio Alangasí tu radio y Radio Deportiva.
- Difusión de activismo en radio La Bodega Musical.
- Difusión de cuña en radio deportiva.

Figura 30: Logo de la bodega musical



Figura 31: Logo de radio hot



Figura 32: Logo de radio deportiva



Figura 33: Logo de radio deportiva



Figura 34: Logo de radio deportiva



Tabla9: Clipping

Noticia	Medio	Locutor	Calificación	Valor
Mención Comedy Night por el TOC	Radio Hot	Andrea Salvador Mónica Mosquera	+	\$30.60
Mención Charlas Informativas	Radio Exa	Gabriela Jácome	+	\$30.00
Cuña sobre Charlas Informativas	Radio Deportiva	Renato Ramos VOZ-Monserrat Morcillo	+	\$ 192.00
Mención Activismo	La Bodega Musical	Alfred Paéz	+	\$ 25.00
Cuña sobre Charlas Informativas	Radio Alangasí tu Radio	Joselyn Quinga	+	\$ 20.00

6. CAMPAÑA EN REDES SOCIALES

Se creó un fan page en Facebook con el nombre de la campaña “Intercambiemos Roles” la cual llegó a un alcance de 5160 personas. También se logró la promoción en las páginas de GOBE con 10 700 fans, la página del Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas con 3500 fans y la página de K-tleya banda con 5128 fans.

Figura 35: Página de “Intercambiemos Roles” en Facebook (El Jack)

The image shows a screenshot of the Facebook page for 'Intercambiemos Roles'. The page header includes the name 'Intercambiemos Roles' and navigation options like 'Página', 'Mensajes', 'Notificaciones', 'Estadísticas', and 'Herramientas de publicación'. The main banner features a colorful geometric pattern and the text 'Intercambiemos Roles Comunidad' and 'Hablemos CLARAMENTE'. A central post from 'Intercambiemos Roles' dated December 12, 2015, thanks Daniel Machado 'El Jack' for supporting the campaign. Below the post is a video player showing a man in a red jacket. The left sidebar contains statistics (99 likes, 151 reach) and a 'Promociona tu página' button. The right sidebar shows 'Esta semana' statistics (151 reach, 19 interaction) and another 'Promociona tu página' button.

Figura 36: Pàgina de “Intercambios Roles” en Facebook (K-leya)

The image shows a screenshot of the Facebook page for 'Intercambios Roles'. The page header includes the name 'Intercambios Roles', a search bar, and the user 'Fatima' with an 'Inicio' button. Navigation tabs include 'Página', 'Mensajes', 'Notificaciones', 'Estadísticas', 'Herramientas de publicación', 'Configuración', and 'Ayuda'. The main content area features a colorful geometric pattern background with a brain graphic and the text 'Intercambios Roles Comunidad' and 'Hablemos CLARAMENTE'. A call to action button says 'Crear llamada a la acción'. Below this, there are statistics: '173 Me gusta +79 esta semana' and '1162 personas alcanzadas esta semana'. A post by 'Intercambios Roles' dated '17 de diciembre a las 19:20' is visible, with the text 'Gracias a nuestros amigos de K-leya por unirse y apoyar esta campaña por el Trastorno Obsesivo Compulsivo.' and a video thumbnail showing a group of people. The right sidebar shows 'Promociones' with 'ESTA SEMANA' statistics: '1 162 Alcance de publicaciones' and '232 Interacción con publicaciones'. It also includes a 'Reciente' section with '2015' and a 'Ve tu anuncio aquí' section with a 'Promocionar página' button.

7. CONCLUSIONES

A través del estudio e investigación referente a la realidad del Trastorno Obsesivo Compulsivo, se pudo destacar que tanto el marco global como nacional están sujetos a la teoría de las máximas autoridades en psiquiatría y salud mental. Sin embargo, en el Ecuador, la mayor parte de los procesos de desarrollo con respecto a este tema se encuentran obstruidos por la falta de recursos económicos y el interés necesario para edificar un entorno de comunicación que evite que los trastornos mentales desencadenen en pérdidas dentro de la sociedad debido a la falta de conocimiento. Se pudo observar que a nivel internacional la incidencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo es más frecuente de lo que se piensa ya que aproximadamente 1 de cada 100 personas lo padece. (OMS, 2015). Es entendible que el TOC es un trastorno de ansiedad que con ayuda de un tratamiento y atención médica temprana se puede aprender a sobrellevar y evitar el suicidio.

A través de la campaña “Hablemos Claramente” se logró informar que el 3,91% de la población ecuatoriana padece una enfermedad mental y se tomó conciencia sobre la falta de organizaciones especializadas en el Trastorno Obsesivo Compulsivo, ya que el gobierno destina tan solo el 1,2% del presupuesto para la salud mental. Se pudo obtener un diagnóstico de la sociedad y su falta de conocimiento sobre el trastorno y se llegó a la conclusión de que la mayoría de las personas que padecen un TOC no están conscientes de que padecen esta enfermedad.

En los testimonios se puede observar que los pacientes con TOC guardan sus verdaderos sentimientos sobre lo que están atravesando debido a la vergüenza y el miedo a ser mal vistos y juzgados. Es por esto que la campaña “Intercambiamos Roles” se encargó de comunicar de manera masiva y no masiva sobre las causas, consecuencias y tratamiento del Trastorno

Obsesivo Compulsivo, trabajando en conjunto con el Centro de Reposo San Juan de Dios en la impartición de charlas informativas y la realización de una serie de eventos que lograron despertar el interés de la población de San Carlos de Alangasí, así como del gobierno a través de un activismo pacífico que concluyó en un dialogo a favor de la salud mental en el Ecuador.

8. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Dsm-IIIr), Tercera Edición Revisada. Washington Dc, American Psychiatric Press.
- Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades. (2013). *Discapacidades Mentales*. Edición: CONADIS. Quito, Ecuador.
- Alcázar, A. (2012). *El trastorno obsesivo compulsivo en la infancia y adolescencia, una guía de desarrollo en la familia*. Larousse: Ed. Pirámide.
- Amir, N., Foa, E.B. y Coles, M.E. (1997). *Factor structure of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Andrea. (9 de Octubre de 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Asamblea Nacional del Ecuador. Ley Orgánica de Discapacidades. (2012). *Artículo 6, Persona con discapacidad*. Edición: Consejo Nacional de Discapacidades. Quito, Ecuador.
- Berrios G. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo y enfermedad neurológica*. En J. Vallejo y G. Berrios. Estados Obsesivos. Barcelona. Masson.
- Berrios G. (2006). *Síntomas obsesivos en neurología*. En J. Vallejo y G. Berrios. Estados Obsesivos. Barcelona. Masson.
- Bland, R.C., Newman, S.C. y Orn, H. (1988). *Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton*. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 77: 33 - 42.
- Betancourt, M. y Villena, V. (29 de octubre del 2015). *Centro de Reposo San Juan de Dios*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)

- Bobes, J, González, M., Bascarán, C. Arango, P. A. Sáiz y M. Bousoño. (2001). *Calidad de vida y discapacidad en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Hospital Gregorio Marañón. Recuperado de la base de datos: EBSCO.
- Carlos. (15 de Octubre de 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Centro de Investigaciones Médicas en Ansiedad. (2015). *Gráficos Estadísticos*. Recuperado de: http://www.centroima.com.ar/informacion_estadisticas.php
- Cruceta, G., (20 de octubre del 2015). Gloria Cruceta: “*Todo el Mundo se ha obsesionado alguna vez*”. *La Vanguardia*.
<http://www.lavanguardia.com/vida/20120629/54311304935/toc-entrevista-psiquiatra-gloria-cruceta.html>
- Esquirol, E. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. París: JB Baillière.
- Federación Ecuatoriana Pro-Atención a la Persona con Deficiencia Mental, Autismo, Parálisis Cerebral y Síndrome de Down (FEPAPDEM).
- Franklin, M.E. y Foa, E.B. (2002). *Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder*. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2a ed., pp. 367-386). Nueva York: Oxford University Press.
- González, G. (17 de octubre del 2015). *Hospital Julio Endara*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Hospital Psiquiátrico Julio Endara. (2015). *Servicios Asistenciales*. Recuperado de: <http://hpje.gob.ec/index.php/servicios/servicios-asistenciales>

Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2a ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

International OCD Foundation. (2015). *1 Million Steps 4 OCD*. Recuperado de:

<https://iocdf.org/programs/1million4ocdwalk/>

Instituto de Neurociencias. (2015). *El Instituto*. Recuperado de:

<https://www.institutoneurociencias.med.ec/nosotros>

Kaplan, H. y Sadock, B. (1998). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.

Karno M., Golding J.M., Sorenson S.B. y Burnam M.A. (1988). *The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities*. *Archives of General Psychiatry* 45(12): 1094-1099.

Manual de Buenas Prácticas para la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad.

(2013). Edición: Ministerio de Relaciones Laborales y CONADIS. Quito, Ecuador. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Departamento de Psicología Médica y Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, España.

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Atención Primaria en Salud Mental, Evaluación y Manejo del Riesgo Suicida*. Recuperado de:

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/atencion_primaria_salud_mental.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Atención en salud mental evita aislar a pacientes en hospitales psiquiátricos*. Recuperado de:

http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=317:atencion-en-salud-mental-evita-aislar-a-pacientes-en-hospitales-psiquiatricos-&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Centro Ambulatorio San Lázaro*. Recuperado de:
<http://www.sanlazarogob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>
- Monterosso, J. y Ainslie, G. (1999). *Beyond discontinuing: possible experimental models of impulse control*. *Psychopharmacology*.
- Moscoso, D. (29 de octubre del 2015). *Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Mulder, R. y Joice, P. (1997). *Temperament and the structure of personality disorders symptoms*. *Psychological Medicine*, 27: 99-106.
- National Institute of Mental Health, NIMH. (2010). *Obsessive Compulsive Disorder Treatment*. Recuperado de:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/cuando-pensamientos-indeseados-toman-control-trastorno-obsesivo-compulsivo/index.shtml>
- Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2a ed., pp. 387-410). Nueva York: Oxford University Press
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2013). *Centro San Juan de Dios Ecuador*.
Recuperado de: <http://sanjuandediosoh.com/centros-quito-ecuador.php>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10*.
Glosario. Madrid: Panamericana.
- Paredes, R. (1 de octubre del 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Perpiñá, S. García, L. Canalda, S. Boget, L. (2002). *Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivocompulsivo*. Recuperado de:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/3510/n100959.pdf>

- Peñañiel, N. (5 de octubre del 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Posligua, D. P. (11 de Octubre de 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Planell, L., Díez Quevedo, C y Menchón, J.M. *Temas y retos en la psicopatología actual*. Madrid: Ars Médica
- Rasmussen S.A. y Eisen J.L. (1992). *The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry* 53(4): 3-9.
- Reid Wilson. (2005). *Specific Treatments for Specific Populations, Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Video Series
- Roberto. (13 de Octubre de 2015). *Trastorno obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Salkovskis, P.M. y Kirk, J. (1989). *Obsessional disorders*. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark (Eds.).
- Schneider K. (1975.) *Patopsicología Clínica*. Paz Montalvo. Madrid
- Sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología. (2010). *Medicamentos y dosis indicadas para el TOC*. Recuperado de: <http://www.neurologiaecuador.com/>
- Stein J.D. (2007): *Bases empíricas del espectro obsesivo-compulsivo*. En Vallejo, J., Sánchez
- University of Chicago, ODC. (2006). *Guía sobre el TOC para padres*. Recuperado de: http://beyondocd.org/uploads/PARENTS_GUIDE_-_Spanish_Version.pdf
- Utreras, E. (9 de Octubre de 2015) *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)
- Valeria. (13 de Octubre de 2015). *Trastorno obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)

Viteri, A. (9 de Octubre de 2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. (Stefanía Coronel y Fátima Bassante, Entrevistador)

Wechsler, D. (1999). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS-III)* (3aEd.). Madrid: TEA.

Westbrook. D. (2015). *Trastorno Obsesivo Compulsivo una guía para los pacientes y sus familias*. Recuperado de la base de datos EBSCO.