

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ADOLESCENTES CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO INSTITUTO NACIONAL  
DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI  
LIMA 2019**



**ASESOR**

**IVÁN MARTIN VOJVODIC HERNÁNDEZ**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ADOLESCENTES CON  
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO INSTITUTO NACIONAL DE  
SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HIDEYO NOGUCHI LIMA  
2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR**

**NICOLÁS CRISTIANS RIVERA CARHUAPOMA**

**ASESOR**

**DR. IVÁN MARTIN VOJVODIC HERNÁNDEZ**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **JURADO**

ENRIQUE JAVIER BOJORQUEZ GIRALDO - PRESIDENTE

LUIS FELIPE ROJAS CAMA - MIEMBRO

VICTOR MANUEL MOROCHO CASTAÑEDA - MIEMBRO

## **DEDICATORIA**

A mi familia por el amor, responsabilidad, afecto y perseverancia inculcada día a día.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis maestros, por permitirme aprender a través de sus experiencias y conocimientos.

## ÍNDICE

RESUMEN.....	V
ABSTRACT .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	9
I. MATERIALES Y MÉTODOS .....	11
III. DISCUSIÓN.....	28
IV. CONCLUSIONES .....	30
V. RECOMENDACIONES.....	31
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	33
ANEXOS.....	37

## RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una patología psiquiátrica que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones, las primeras se presentan como pensamientos, impulso o imágenes intrusivas que no necesitan ser reales para causar incomodidad y/o ansiedad al paciente. Son comportamientos repetitivos a manera de ritual, que tienen como objetivo aplacar la ansiedad causada por las obsesiones que se caracterizan por una duración prolongada que ocasiona perturbaciones en la vida diaria del paciente. Se le considera como la décima enfermedad incapacitante a nivel mundial y el cuarto trastorno psiquiátrico más común con una prevalencia a lo largo de la vida de 1 – 2,3%. Se ha visto que la edad de inicio es bimodal, con picos a los 20 y de 12 – 14 años. Por ello es importante reconocer las características clínicas en adolescentes para evitar las probables complicaciones y comorbilidades que se presentan con esta enfermedad, al demorar su diagnóstico.

**Objetivo:** El estudio tuvo como propósito principal determinar las características clínicas y sociodemográficas de adolescentes diagnosticados con trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, en Lima, durante el año 2019.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional y descriptivo con 69 adolescentes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi de periodo de enero a diciembre del 2019, a través de una ficha de recolección de datos, obteniéndose información acerca de las características clínicas y epidemiológicas. Se evaluaron cuatro dimensiones principales de TOC: simetría/orden, contaminación/lavado, sexual/religiosa/agresión, acumulación.

**Resultados:** La mayoría de los adolescentes estudiados eran de Lima, con una edad predominante entre 15 y 18 años (73.9%) y una ligera mayoría de varones (55.1%). Se observó que un 44.9% de los adolescentes presentaron características de la dimensión de contaminación/lavado, lo que destaca su prevalencia en esta población. Además, se identificó un 18.8% con antecedentes familiares de TOC y un 24.6% con antecedentes familiares de depresión, subrayando la relevancia de estos antecedentes en el grupo estudiado. También se registró una alta prevalencia de ansiedad, presente en el 76.8% de los adolescentes, lo que resalta la necesidad de



considerar este síntoma en el manejo clínico. A pesar de que un 81.2% no presentó características de simetría/orden, la identificación de las dimensiones clínicas predominantes proporciona información valiosa para el manejo del TOC en adolescentes.

**Conclusiones:** El estudio proporcionó manifestaciones de TOC en adolescentes atendidos en el Instituto, revelando una frecuencia de ciertas características clínicas y sociodemográficas específicas.

**Palabras clave:** Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), Adolescentes, Características Clínicas, Salud Mental.

## ABSTRACT

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a psychiatric pathology characterized by the presence of obsessions and compulsions, the former are presented as intrusive thoughts, impulses or images that do not need to be real to cause discomfort and/or anxiety to the patient. They are repetitive behaviors in the form of rituals, which aim to placate the anxiety caused by the obsessions that are characterized by a prolonged duration that causes disturbances in the patient's daily life. It is considered the tenth most disabling illness worldwide and the fourth most common psychiatric disorder with a lifetime prevalence of 1 - 2.3%. The age of onset has been found to be bimodal, with peaks at 20 and 12 - 14 years of age. It is therefore important to recognize the clinical characteristics in adolescents in order to avoid the probable complications and comorbidities that occur with this disease, by delaying its diagnosis.

**Objective:** The main purpose of the study was to determine the clinical and sociodemographic characteristics of adolescents diagnosed with obsessive-compulsive disorder (OCD) at the National Institute of Mental Health Honorio Delgado Hideyo Noguchi, in Lima, during 2019.

**Materials and Methods:** An observational and descriptive study was conducted with 69 adolescents diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder at the National Institute of Mental Health Honorio Delgado-Hideyo Noguchi from January to December 2019, through a data collection form, obtaining information about clinical and epidemiological characteristics. Four main dimensions of OCD were assessed: symmetry/order, contamination/washing, sexual/religious/aggression and hoarding.

**Results:** Most of the adolescents studied were from Lima, with a predominant age between 15 and 18 years (73.9%) and a slight majority of males (55.1%). It was observed that 44.9% of the adolescents presented characteristics of the contamination/washing dimension, highlighting its prevalence in this population. In addition, 18.8% were identified with a family history of OCD and 24.6% with a family history of depression, highlighting the relevance of this history in the group studied. A high prevalence of anxiety was also recorded, present in 76.8% of the adolescents, highlighting the need to consider this symptom in clinical management. Although 81.2% did not present symmetry/order features, the identification of the predominant clinical dimensions provides valuable information for the management of OCD in adolescents.

**Conclusions:** The study provided manifestations of OCD in adolescents seen at the Institute, revealing a frequency of certain specific clinical and sociodemographic characteristics.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Adolescents, Clinical Characteristics, Mental Health.

NOMBRE DEL TRABAJO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ADOLESCENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO INSTITUTO NACIONAL DE SAL**

AUTOR

**NICOLÁS CRISTIANS RIVERA CARHUAPOMA**

RECUENTO DE PALABRAS

**6755 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**37077 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**43 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**133.1KB**

FECHA DE ENTREGA

**Aug 2, 2024 9:37 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Aug 2, 2024 9:37 AM GMT-5**

### ● 15% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) el trastorno obsesivo compulsivo es una condición psiquiátrica que se caracteriza por la presencia obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes, reales o no, que se presentan de manera recurrente causando incomodidad y/o ansiedad al paciente muchas veces generando compulsiones, los cuales son comportamientos repetitivos a manera de ritual que tienen el objetivo de disminuir o aplacar la ansiedad o malestar que causan las obsesiones que pueden estar o no relacionados a ellas, pero que al paciente le funciona como estrategia de afrontamiento(1). Cabe mencionar que esto no los hace adecuados, porque conllevan una gama importante de complicaciones y síntomas que afectan su vida diaria.

A nivel mundial, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es considerado la décima enfermedad más incapacitante y el cuarto trastorno psiquiátrico más común. Se estima que el 80% de los casos comienzan en la niñez y adolescencia, generalmente entre las edades de 7 y 12 años, con una prevalencia del 1-3% a nivel mundial y del 1-2.3% a lo largo de la vida. El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y no deseadas) y/o compulsiones (conductas repetitivas o actos mentales que el individuo se siente obligado a realizar), que son lo suficientemente severas para causar un deterioro significativo en el funcionamiento diario. (2),

En niños y adolescentes, las manifestaciones del TOC pueden diferir de las de los adultos, con una mayor frecuencia de compulsiones, como lavado o verificación, y una menor conciencia de la irracionalidad de sus pensamientos obsesivos. A nivel neurobiológico, se ha implicado un desbalance en los circuitos cortico-estriado-tálamo-corticales, junto con una alteración en la neurotransmisión de serotonina, dopamina y glutamato, lo que subraya la complejidad de su fisiopatología (7).

El tratamiento del TOC en adolescentes incluye una combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) y farmacoterapia, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) los medicamentos de primera línea. En casos más severos o resistentes al tratamiento, se pueden considerar antipsicóticos como tratamiento

adyuvante. Debido a la alta prevalencia y al impacto significativo de este trastorno en la vida de los adolescentes, es crucial un diagnóstico temprano y un abordaje terapéutico integral para mejorar los resultados a largo plazo (1).

El estudio clasificó las características clínicas dentro de las dimensiones más frecuentes según la Escala de Yale-Brown para adolescente y niños (CY-BOCS) como contaminación/lavado, simetría/orden, sexual/religioso/agresivo y acumulación dimensiones las cuales poseen distintas presentaciones, pensamientos y compulsiones entre ellas.(3). Además, se contó con la autorización del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad San Martín de Porres, el Comité de Ética Institucional del Instituto Nacional Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, así como de su Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia para la revisión de las historias clínicas, y de la información bibliográfica de otros libros de, artículos, proyectos de investigación, meta-análisis, guías, entre otros.

## I. MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio de tipo descriptivo que buscó describir las características clínicas del TOC y no estableció relación alguna entre variables, observacional porque el investigador no manipuló las variables, transversal porque los datos se recolectaron en un solo tiempo, y retrospectivo ya que se realizó la recolección de datos, a partir de historias clínicas de pacientes atendidos en el periodo de tiempo establecido. Es un diseño de serie de casos ya que se describió un grupo de pacientes con iguales características, sin establecer relaciones ni predicciones entre ellos, pues se carece de un grupo control.

El presente trabajo fue realizado en el año 2024 en el Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, donde fueron incluidas las historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de Trastorno Obsesivos Compulsivo consignados en los registros durante los meses de enero a diciembre del 2019. En cuanto a la obtención de la muestra, aquella fue igual a la población de estudio, en razón que representó el total delimitada por el tiempo de estudio, por lo tanto, no fue necesario realizar técnicas de muestreo con una representatividad del 100%, y los resultados se validaron estadísticamente solo para esta población, que consiste en 69 individuos. El presente estudio se limitó al análisis de las historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de TOC registradas durante los meses de enero a diciembre del año 2019. Esta decisión se fundamenta en la disponibilidad y calidad de los datos correspondientes a dicho periodo

Los criterios de inclusión fueron todos los adolescentes 12-18 años atendidos en el consultorio externo de la Dirección del Niño y Adolescente en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi durante el 2019. Por otro lado, los criterios de exclusión que utilizamos fueron adolescentes con Historias clínicas incompletas de casos diagnosticados de TOC.

Con respecto a la recolección de datos, se solicitó la aprobación al Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, así como la autorización a la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi y al Comité Institucional de Ética del instituto, para poder acceder a las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TOC, según el CIE-10, atendidos en la dirección de niños y

adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Se obtuvo 80 historias clínicas otorgadas por la oficina de estadística e informática las cuales presentaban en al menos una atención del 2019 el CIE10 de TOC (F42.0) y se aplicaron los criterios de inclusión para confirmar dicho diagnóstico por lo que el estudio llegó a contar con 69 historias clínicas. Las variables estudiadas incluyeron las características clínicas del TOC, como obsesiones y compulsiones relacionadas con simetría/orden, contaminación/lavado, pensamientos sexuales/religiosos/agresivos y acumulación. Las características sociodemográficas fueron obtenidas en la hoja de filiación parte de un formato de historia clínica estandarizada, se recogieron datos sociodemográficos como edad, sexo, lugar de procedencia, y antecedentes patológicos personales y psiquiátricos familiares. Por otro lado, las características clínicas del TOC tanto como sus dimensiones, el tiempo de enfermedad, la edad de aparición de los síntomas, las comorbilidades y el tipo de tratamiento recibido fueron extraídas de apartados llamados contenido del pensamiento, actividades voluntarias y relato del paciente todas parte de dicho formato estandarizado, así como del detalle de las atenciones médicas escritas por los médicos asistentes que contenían sus diagnósticos e indicaciones. Esta ficha de recolección de datos y el modelo de historia clínica estandarizada se encuentran adjuntadas como anexo.

En cuanto al análisis de datos, se procesó y vació lo obtenido a un computador, haciendo uso de los programas SPSS v.21.0 para análisis y Microsoft Excel v.2016 para almacenamiento. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente con estadísticas descriptivas para variables cuantitativas, así como se determinaron el rango y la media. Y para las variables cualitativas se emplearon tablas de frecuencia.

En cuanto a factores éticos, se contó con la aprobación del Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, así como del departamento de investigación y apoyo a la docencia y el Comité de Ética Institucional del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.



Además, al ser retrospectivo, no atentó contra los derechos de los participantes; los datos que se obtuvieron fueron tomados de forma confidencial, teniendo en cuenta que la ficha de recolección estuvo codificada. De esa manera, no implicó ningún riesgo para los participantes, así como solo se utilizaron estrictamente para los fines de la presente investigación, los cuales sirvieron para conocer mejor la presentación de la enfermedad en cuestión. No se utilizó consentimiento informado ya que el método de recolección de datos fue la observación de historias clínicas y, de tal manera, fue un contacto indirecto con el paciente.

## II. RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adolescentes con TOC de Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
12 a 14 años	18	26.1
15 a 18 años	51	73.9
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	38	55.1
Femenino	31	44.9
<b>Lugar de procedencia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lima	68	98.6
Sierra	1	1.4
<b>Grado de instrucción</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primaria	5	7.2
Secundaria	44	63.8
Superior	20	29.0
<b>Antecedente patológico médico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	12	17.4
No	57	82.6
<b>Antecedente familiar de depresión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	17	24.6
No	52	75.4
<b>Antecedente familiar de bipolaridad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	2	2.9
No	67	97.1
<b>Antecedente familiar de esquizofrenia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	12	17.4
No	57	82.6
<b>Antecedente familiar de TOC</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	13	18.8
No	56	81.2
<b>Otros antecedentes psiquiátricos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	5	7.2
No	64	92.8
<b>Grado de parentesco del antecedente familiar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Primer grado	21	30.4
Segundo grado	11	15.9
Tercer grado	5	7.2
No aplica	32	46.5
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

Nota: Elaboración propia.

En la presente tabla se describen las características sociodemográficas de los adolescentes con TOC en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019. En cuanto a la edad, el 73.9% de los adolescentes tienen entre 15 y 18 años, mientras que el 26.1% tienen entre 12 y 14 años. Respecto al sexo, el 55.1% son masculinos y el 44.9% son femeninos.

En relación con el lugar de procedencia, el 98.6% proviene de Lima y solo el 1.4% de la Sierra. En cuanto al grado de instrucción, el 63.8% tiene secundaria, el 29.0% nivel superior y el 7.2% primaria. Sobre el antecedente patológico médico, el 82.6% no tiene antecedentes y el 17.4% sí los tiene. Referente al antecedente familiar de depresión, el 75.4% no posee antecedentes y el 24.6% sí. En cuanto al antecedente familiar de bipolaridad, el 97.1% no tiene antecedentes y el 2.9% sí.

Respecto al antecedente familiar de esquizofrenia, el 82.6% no tiene antecedentes y el 17.4% sí los posee. En relación con el antecedente familiar de TOC, el 81.2% no tiene antecedentes y el 18.8% sí. Sobre otros antecedentes psiquiátricos, el 92.8% no tiene antecedentes y el 7.2% sí posee. En cuanto al grado de parentesco del antecedente familiar, el 46.5% no se aplica, el 30.4% es de primer grado, el 15.9% de segundo grado y el 7.2% de tercer grado.

**Tabla 2**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 según dimensión simetría/orden.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>No</b>	56	81.2
<b>Simetría</b>	2	2.9
<b>Orden</b>	7	10.1
<b>Ambas</b>	4	5.8
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la presente tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión de simetría/orden. El 81.2% de los adolescentes no presentan dichas características.

El 10.1% presentan características de orden, el 5.8% ambas y el 2.9% presentan de simetría.

**Tabla 3**  
**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental**  
**Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 dimensión**  
**contaminación/lavado.**

	n	%
<b>No</b>	29	42.1
<b>Contaminación</b>	2	2.9
<b>Lavado</b>	7	10.1
<b>Ambas</b>	31	44.9
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la presente tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión de contaminación/lavado.

El 44.9% de los adolescentes presentan tanto características de contaminación como de lavado. El 42.0% no poseen características de esta dimensión, el 10.1% presentan características de lavado, y el 2.9% tienen características de contaminación.

**Tabla 4**  
**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental**  
**Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 dimensión sexual/ religiosa /**  
**agresión.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Ninguna	60	87.0
Obsesión sexual + compulsión agresiva	4	5.8
Obsesión sexual + religiosa + compulsión agresiva	3	4.3
Obsesión sexual	2	2.9
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la presente tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión sexual/religiosa/agresión. El 87.0% de los adolescentes no presentan ninguna característica de esta dimensión, el 5.8% obsesión sexual junto con compulsión agresiva, el 4.3% obsesión sexual y religiosa junto con compulsión agresiva, y el 2.9% obsesión sexual.

**Tabla 5**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 dimensión Acumulación.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	5	7.2
<b>No</b>	64	92.8
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En el cuadro se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión de acumulación. El 92.8% de los adolescentes no presentan características de acumulación, mientras que el 7.2% sí lo hacen.

**Tabla 6**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 según evaluación subjetiva del sueño.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conservado</b>	20	29.0
<b>No conservado</b>	49	71.0
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la presente tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión de sueño. El 71.0% de los adolescentes no tienen el sueño conservado, mientras que el 29.0% sí.

**Tabla 7**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 Tiempo de enfermedad sin diagnóstico.**

	<b>n</b>	<b>%</b>
1 a 2	31	44.9
3 a 4	19	27.6
5 a 6	9	13
7 a 8	8	11.7
9 a 10	1	1.4
11 a 12	1	1.4
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la tabla número 7, se presentan las características clínicas relacionadas con el tiempo de enfermedad sin diagnóstico en adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) atendidos en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, en el año 2019. La mayoría de los adolescentes, el 44.9%, experimentaron un tiempo de enfermedad sin diagnóstico de 1 a 2 años. Le sigue un 27.6% con un periodo de 3 a 4 años sin diagnóstico. El 13% de los adolescentes tuvo un tiempo de enfermedad sin diagnóstico de 5 a 6 años, mientras que el 11.7% lo tuvo entre 7 y 8 años. Finalmente, un 1.4% de los adolescentes no recibió diagnóstico durante 9 a 10 años, y otro 1.4% durante 11 a 12 años.



**Tabla 8**  
**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 según edad de presentación de los síntomas.**

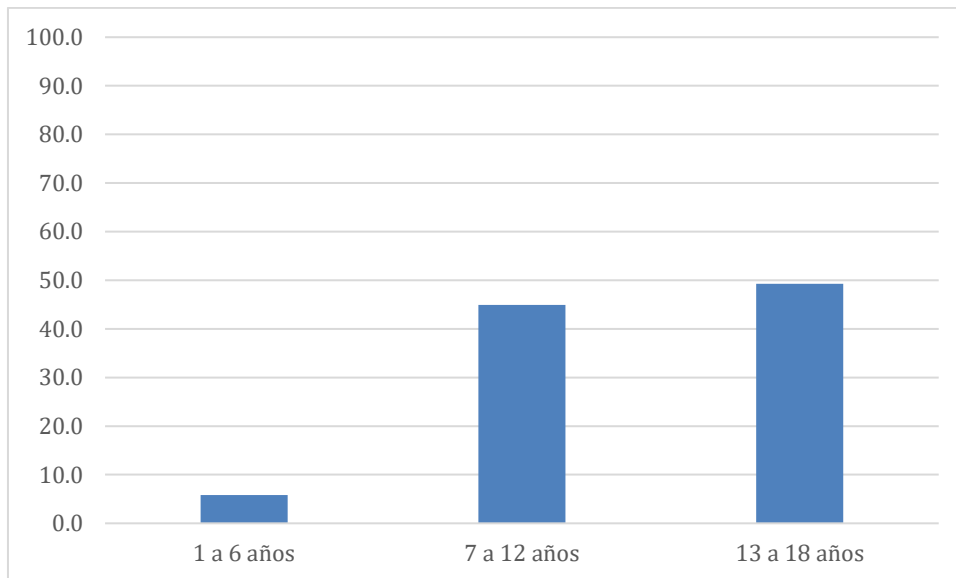
	n	%
<b>1 a 6 años</b>	4	5.8
<b>7 a 12 años</b>	31	44.9
<b>13 a 18 años</b>	34	49.3
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la presente tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019, según la dimensión de edad de presentación de los síntomas. El 49.3% de los adolescentes presentaron síntomas entre los 13 y 18 años. El 44.9% tuvieron síntomas entre los 7 y 12 años, y el 5.8% entre los 1 y 6 años.

**Gráfico 1**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según edad de presentación de los síntomas.**



**Nota: Elaboración propia.**

**Tabla 9****Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 según Síntomas asociados.**

<b>Pensamientos de autolesión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	14	20.3
No	55	79.7
<b>Pensamientos de muerte</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	26	37.7
No	43	62.3
<b>Pensamientos de soledad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	10	14.5
No	59	85.5
<b>Pensamiento de enfermedad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	13	18.8
No	56	81.2
<b>Pensamientos psicóticos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	4	5.8
No	65	94.2
<b>Compulsión de rituales repetitivos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	29	42.0
No	40	58.0
<b>Compulsión de comprobación excesiva de objetos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	16	23.2
No	53	76.8
<b>Compulsión religiosa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	5	7.2
No	64	92.8
<b>Otras compulsiones</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	4	5.8
No	65	94.2
<b>Síntomas de aislamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	56	81.2
No	13	18.8
<b>Síntomas de ansiedad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	53	76.8
No	16	23.2
<b>Síntomas de habla solo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	15	21.7

No	54	78.3
<b>Signos de autolesión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	15	21.7
No	54	78.3
<b>Otros Síntomas y/o Signos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	23	33.3
No	46	66.7
<b>Síntoma o signo más significativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Aislamiento	24	34.8
Ansiedad	17	24.6
Habla solo	1	1.4
<b>Signo de autolesión</b>	<b>12</b>	<b>17.4</b>
Otro	15	21.7
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC atendidos en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en Lima durante 2019, según la dimensión de síntomas asociados. Los resultados muestran que la mayoría de los pacientes no presentan pensamientos de autolesión (79.7%), ni pensamientos psicóticos (94.2%), ni compulsiones religiosas (92.8%). Sin embargo, se observa una alta prevalencia de síntomas de aislamiento (81.2%) y ansiedad (76.8%). En cuanto a los síntomas o signos más significativos, el aislamiento es considerado el más importante por el 34.8% de los pacientes, seguido por la ansiedad con un 24.6%, el 24.6% la ansiedad, el 21.7% otro síntoma o signo, el 17.4% el signo de autolesión y el 1.4% el habla solo.

**Tabla 10**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 dimensión Comorbilidades.**

<b>Trastorno de Ansiedad Generalizado comórbido</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	4	5.8
No	65	94.2
<b>Depresión cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	11	15.9
No	58	84.1
<b>Trastorno de Conducta Alimenticia cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	9	13.0
No	60	87.0
<b>Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	3	4.3
No	66	95.7
<b>Trastorno del Tic cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	5	7.2
No	64	92.8
<b>Psicosis cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	12	17.4
No	57	82.6
<b>Bullying cómbida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	16	23.2
No	53	76.8
<b>Otras Comorbilidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Si	13	18.8
No	56	81.2
<b>Comorbilidad más significativa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
TAG	5	7.2
Depresión	8	11.6
TCA	6	8.7
TDAH	2	2.9
Trastorno del tic	2	2.9
Psicosis	9	13.0
Bullying	8	11.6
Otra	9	13.0
No presenta	20	29.0
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC atendidos en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en Lima durante 2019, en relación con las comorbilidades. Los datos muestran que la mayoría de los pacientes no presenta comorbilidades como Trastorno de Ansiedad Generalizada (94.2%), Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (95.7%), ni Trastorno de Conducta Alimentaria (87.0%). Sin embargo, es relevante destacar que

el 23.2% de los pacientes reportaron bullying como comorbilidad y el 17.4% presentaron psicosis. En cuanto a la comorbilidad más significativa, el 29.0% de los pacientes no reportaron ninguna, mientras que la psicosis y otras comorbilidades fueron consideradas las más significativas por el 13.0% de los pacientes, seguidas por la depresión y el acoso escolar, ambos con un 11.6%.

**Tabla 11**

**Características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima 2019 Dimensión Tratamiento.**

<b>Uso de inhibidoras de la recaptación de serotonina</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	65	94.2
<b>No</b>	4	5.8
<b>Psicoterapia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	60	87.0
<b>No</b>	9	13.0
<b>Uso de antidepresivos tricíclicos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	22	31.9
<b>No</b>	47	68.1
<b>Uso de benzodicepinas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	25	36.2
<b>No</b>	44	63.8
<b>Uso de antipsicóticos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	36	52.2
<b>No</b>	33	47.8
<b>Otros tratamientos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	6	8.7
<b>No</b>	63	91.3
<b>Fármaco más importante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SIRS</b>	53	76.8
<b>Psicoterapia</b>	3	4.3
<b>Tricíclicos</b>	6	8.7
<b>Anti- psicóticos</b>	7	10.1
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100.0</b>

**Nota: Elaboración propia.**

En la tabla se describen las características clínicas de adolescentes con TOC atendidos en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en Lima durante 2019, según la dimensión de tratamiento. Los datos muestran que la gran mayoría de los adolescentes utiliza inhibidores de la recaptación de serotonina (94.2%) y recibe psicoterapia (87.0%). En cuanto al fármaco más importante, el 76.8% de los pacientes considera a los inhibidores de la recaptación de serotonina como el tratamiento más relevante, seguido por los antipsicóticos (10.1%) y los antidepresivos tricíclicos (8.7%).

### III. DISCUSIÓN

Las características demográficas de los adolescentes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en nuestro estudio, realizado en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, reflejan similitudes y diferencias notables con investigaciones previas como la de Politis et al. (2017) en Grecia (4). En nuestra muestra, predominan los varones adolescentes de Lima, de entre 15 y 18 años, sin antecedentes familiares significativos de TOC, una característica que contrasta con los hallazgos griegos, donde se observó una preponderancia femenina y una asociación significativa entre dificultades financieras, y el TOC, siendo esta una variable que no fue considerada en esta investigación. Sin embargo, ambos coinciden en la ausencia de comorbilidades severas entre los adolescentes con síntomas subclínicos leves.

Por otro lado, es importante destacar que el artículo de Rozenman et al. (2019). En nuestro estudio, el 7.2% de los adolescentes presentaron características de acumulación, una cifra que se puede contrastar con el 42.8% de los adolescentes en el estudio de Rozenman et al. que también presentaron síntomas de acumulación. Aunque las tasas no son directamente comparables debido a diferencias en la población y metodología, ambas cifras subrayan la presencia de este síntoma en adolescentes con TOC. En cuanto a la distribución por sexo, en nuestro estudio, el 55.1% de los participantes fueron varones, mientras que el 44.9% fueron mujeres. En comparación, el estudio de Rozenman et al. reporta una mayor proporción de mujeres con síntomas de acumulación (51%) en comparación con aquellos sin estos síntomas (37%). Respecto a la edad, en nuestro estudio, la mayoría de los participantes tenían entre 15 y 18 años (73.9%), con un 26.1% en el rango de 12 a 14 años. En el estudio de Rozenman et al., la media de edad fue de aproximadamente 12 años, lo que indica que su muestra incluía una población ligeramente más joven en promedio.(5).

En nuestro estudio, la media de edad de los participantes fue de 15.9 años, con un rango de 12 a 18 años, mientras que el estudio de Kutuk et al. reporta una media de edad de 11.1 años con un rango de 2 a 18 años. En cuanto al sexo, en nuestro estudio el 55.1% de los participantes fueron varones, comparado con el 57.3% de varones en el estudio de Kutuk et al., lo que muestra una proporción similar en la distribución de género en ambas muestras. Respecto al grado de instrucción, el 70.2% de los



participantes en el estudio de Kutuk et al. eran estudiantes de primaria o secundaria, mientras que en nuestro estudio, el 63.8% se encontraban en secundaria y el 29.0% en educación superior. Esto refleja que una parte considerable de nuestra muestra se encontraba en un nivel educativo más avanzado en comparación con la muestra de Kutuk et al. Finalmente, en términos de antecedentes familiares, en nuestro estudio, el 18.8% de los participantes reportaron antecedentes familiares de TOC, en comparación con el 10.7% de antecedentes maternos y el 7.5% de antecedentes paternos de TOC en el estudio de Kutuk et al.

En la presente investigación, la edad promedio de los participantes fue de 15.9 años, en un rango que abarca desde los 12 hasta los 18 años. En comparación, el estudio de Selles et al. reportó una edad promedio más baja de 12.86 años, lo que sugiere que su muestra incluyó a una población más joven. Respecto al género, en nuestro estudio el 44.9% de los participantes eran mujeres, mientras que Selles et al. encontraron que el 53% de su muestra era femenina. En cuanto al uso de medicación, el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) fue predominante, con un 94.2% de los participantes recibiendo este tratamiento. En contraste, Selles et al. reportaron que el 36% de los participantes en su estudio estaban tomando algún tipo de medicación, aunque no especificaron la prevalencia del uso de ISRS en particular. En términos de comorbilidades, encontramos que el 15.9% de nuestros participantes tenían trastornos de ansiedad, mientras que Selles et al. reportaron una prevalencia significativamente mayor del 42%. Además, en nuestro estudio, el 7.2% de los adolescentes presentaban trastornos del tic, en comparación con el 16% reportado por Selles et al. En cuanto al TDAH, nuestra investigación muestra una prevalencia del 4.3%, bastante menor que el 15% observado por Selles et al. Estas diferencias podrían estar influenciadas por los criterios utilizados para el diagnóstico o por las características demográficas y clínicas de las muestras estudiadas.

#### **IV. CONCLUSIONES**

La mayoría de los adolescentes con TOC atendidos en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en 2019 provienen de Lima, tienen entre 15 y 18 años, y predominan ligeramente los varones sobre las mujeres.

En cuanto a la dimensión de simetría/orden, el 81.2% de los adolescentes no presentan estas características, siendo una pequeña proporción la que muestra características de orden, ambas dimensiones o solo simetría.

Respecto a la dimensión de contaminación/lavado, un 44.9% de los adolescentes presentan ambas características, mientras que un 42.0% no muestra ninguna de estas características.

En la dimensión sexual/religiosa/agresión, el 87.0% de los adolescentes no presentan características de esta naturaleza, siendo minoría quienes tienen obsesiones sexuales, compulsiones agresivas o una combinación de ambas.

La dimensión de acumulación se presentó en un 7.2% de los adolescentes, siendo la mayoría (92.8%) los que no mostraron estas características.

La mayoría de los adolescentes no tiene antecedentes patológicos médicos ni antecedentes familiares de TOC, depresión, bipolaridad o esquizofrenia, aunque un 18.8% presenta antecedentes familiares de TOC y un 24.6% antecedentes familiares de depresión.

## V. RECOMENDACIONES

Dado que la mayoría de los adolescentes con TOC en el estudio tienen entre 15 y 18 años y provienen de Lima, se recomienda al Instituto desarrollar programas educativos y de detección temprana enfocados específicamente en este grupo etario y geográfico. Estos programas deberían centrarse en la identificación de síntomas iniciales de TOC para mejorar el acceso a un tratamiento oportuno.

Se sugiere realizar estudios adicionales centrados en las dimensiones menos prevalentes del TOC, como la simetría y la dimensión sexual/religiosa/agresión, ya que solo un pequeño porcentaje de adolescentes mostró estas características. Comprender mejor estos patrones podría mejorar las intervenciones terapéuticas para estos subgrupos específicos.

Con el fin de abordar la prevalencia significativa de la dimensión de contaminación/lavado, se recomienda implementar programas de sensibilización y formación en colegios secundarios. Estos programas deberían estar orientados a la identificación temprana de síntomas relacionados con el TOC y otras condiciones psiquiátricas, promoviendo una cultura de atención a la salud mental desde una edad temprana.

Considerando que un porcentaje significativo de adolescentes presenta antecedentes familiares de TOC y depresión, se sugiere organizar talleres dirigidos a los padres y familiares. Estos talleres deberían enfocarse en la importancia de reconocer y apoyar el manejo de los síntomas del TOC, fortaleciendo así el apoyo familiar, que es crucial en el tratamiento de adolescentes con este trastorno.

**Fortaleza:** Este estudio ofrece una visión detallada y específica de las características clínicas y sociodemográficas de los adolescentes con TOC en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, lo que permite una mejor comprensión del perfil de esta población en Lima. La identificación clara de las dimensiones del TOC más prevalentes proporciona información valiosa para el desarrollo de intervenciones y programas de tratamiento focalizados.

**Limitación:** Una de las principales limitaciones del estudio es el tamaño de la población, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otras regiones o contextos socioeconómicos diferentes. Además, el estudio no exploró la relación entre

variables. Además de que no era un denominador común la presencia del cuestionario Y-BOCS en las historias clínicas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salud mental del adolescente [Internet]. [citado 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
2. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S, Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009.
3. Rojas RT. La salud mental en el Perú, marco normativo nacional y legislación comparada. p. 49.
4. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi; [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
5. Paula-Pérez I. Differential diagnosis between obsessive compulsive disorder and restrictive and repetitive behavioural patterns, activities and interests in autism spectrum disorders. Rev Psiquiatr Salud Ment. diciembre de 2013;6(4):178-86.
6. Salcedo M, Vásquez R, Manuel CG. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. Rev Colomb Psiquiatr. marzo de 2011;40(1):131-44.
7. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. [citado 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/011.html>
8. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica [Internet]. [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ovid.com/product-details.10061.html>
9. Politis S, Magklara K, Petrikis P, Michalis G, Simos G, Skapinakis P. Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. Int J Psychiatry Clin Pract. septiembre de 2017;21(3):188-94.
10. Rozenman M, McGuire J, Wu M, Ricketts E, Peris T, O'Neill J, et al. Hoarding Symptoms in Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder:

Clinical Features and Response to Cognitive-Behavioral Therapy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1 de agosto de 2019;58(8):799-805.

11. Peris TS, Rozenman M, Bergman RL, Chang S, O'Neill J, Piacentini J. Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 1 de octubre de 2017;93:72-8.
12. Kutuk M, Tufan A, Erden S, Aksu G, Kilicaslan F, Sogut F, et al. Sociodemographic and clinical features of obsessive compulsive disorder among a large sample of children and adolescents: A chart review study. *Psychiatry Behav Sci*. 2019;(0):1.
13. Farrell LJ, Lavell C, Baras E, Zimmer-Gembeck MJ, Waters AM. Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Affect Disord*. 1 de abril de 2020;266:585-94.
14. Dell'Osso B, Benatti B, Hollander E, Fineberg N, Stein DJ, Lochner C, et al. Childhood, adolescent and adult age at onset and related clinical correlates in obsessive-compulsive disorder: A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Int J Psychiatry Clin Pract*. 1 de octubre de 2016;20(4):210-7.
15. Selles RR, Højgaard DRMA, Ivarsson T, Thomsen PH, McBride N, Storch EA, et al. Symptom Insight in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Outcomes of an International Aggregated Cross-Sectional Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. agosto de 2018;57(8):615-619.e5.
16. American Psychiatric Association, editor. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
17. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. enero de 2010;15(1):53-63.
18. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. mayo de 2006;30(3):327-37.

19. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. junio de 2014;15(6):410-24.
20. March JS, Franklin ME, Leonard H, Garcia A, Moore P, Freeman J, et al. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. 1 de febrero de 2007;61(3):344-7.
21. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. mayo de 2015;100(5):495-9.
22. Volz C, Heyman I. Case Series: Transformation Obsession in Young People With Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. junio de 2007;46(6):766-72.
23. Yacila GA, Cook-del Aguila L, Sanchez-Castro AE, Reyes-Bossio M, Tejada RA. Traducción y adaptación cultural del Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para trastornos obsesivos compulsivos. *ACTA MEDICA Peru*. 5 de diciembre de 2016;33(3):253.
24. Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG, et al. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*. mayo de 2010;38(3):319-36.
25. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 15 de noviembre de 2015;92(10):896-903.
26. Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. octubre de 2002;40:21-45.
27. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB, American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. julio de 2007;164(7 Suppl):5-53.
28. Milad M, Rauch S. Obsessive compulsive disorder: Beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci*. 2 de diciembre de 2011;16:43-51.
29. Rodríguez Ferret N. Bases biológicas de la fisiopatología y la farmacología del trastorno obsesivo-compulsivo de inicio en la infancia y la adolescencia. *Influencia*

de la genética y la desregulación inmunológica [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2018 [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/664166>

30. Orefici G, Cardona F, Cox CJ, Cunningham MW. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS). En: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editores. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations [Internet]. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016 [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333433/>
31. Pearlman DM, Vora HS, Marquis BG, Najjar S, Dudley LA. Anti-basal ganglia antibodies in primary obsessive-compulsive disorder: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. julio de 2014;205(1):8-16.
32. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017. Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. [citado 7 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
33. Juárez R, Orlando A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes.
34. Lang UE, Borgwardt S. Molecular mechanisms of depression: Perspectives on new treatment strategies. Cell Physiol Biochem. 2013;31(6):761-77.



## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos	VARIABLES	Tipo y de Diseño de Estudio	Población de estudio, Procesamiento de Datos y Diseño Muestral	Recolección de Datos
<b>Características clínicas de adolescentes con Trastorno Obsesivo Compulsivo Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019</b>	¿Cuáles son las características clínicas de adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019?	<p><b>General:</b> Determinar las características clínicas de adolescentes con trastorno obsesivo compulsivo del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019</p> <p><b>Específicos:</b> Identificar las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según dimensión simetría/orden.</p> <p>Identificar las características clínicas</p>	<p>Características Clínicas TOC:</p> <p>Aspectos clínicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simetría/Orden</li> <li>- Contaminación/lavado</li> <li>- Sexual/Religiosa/agresión</li> <li>- Acumulación</li> </ul> <p>Aspectos sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexo</li> <li>- Edad</li> <li>- Lugar de Procedencia</li> </ul>	<p>Según enfoque: Cuantitativo</p> <p>Según manipulación de variables: observacional</p> <p>Según secuencia temporal: Transversal</p> <p>Según finalidad: descriptivo</p> <p>Según toma de muestra: Retrospectivo</p>	<p><b>Población de Estudio:</b> Todos los adolescentes con diagnóstico de trastornos obsesivo compulsivo consignado en los registros de las historias clínicas durante los meses de enero a diciembre del 2019 del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.</p>	<p>Fuente de recolección de datos: Historia Clínica.</p> <p>Técnica de recolección de datos: Observación.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos de elaboración propia.</p>

		<p>de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según dimensión contaminación/lavado.</p> <p>Identificar las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según dimensión sexual/ religiosa / agresión.</p> <p>Identificar las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según dimensión acumulación.</p> <p>Identificar las características clínicas de adolescentes con TOC del Instituto de Salud Mental Honorio</p>		<p>Diseño de Estudio: Serie de casos</p>	<p><b>Muestra:</b> Todos los adolescentes con diagnóstico de trastornos obsesivo compulsivo durante los meses enero-diciembre 2019.</p> <p><b>Técnica de Muestreo:</b> No se ha hecho uso de técnica de muestreo ya que se describirá las características clínicas de toda la población de estudio.</p> <p>Los datos se procesarán haciendo uso de los programas SPSS v.21.0. y Microsoft Excel v.2016. Se utilizarán estadísticos</p>	
--	--	---	--	--	--	--

		<p>Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019 según aspectos sociodemográficos.</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes con TOC de Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima 2019</p>			<p>descriptivos, se determinará el rango y la media, así como se emplearán tablas de frecuencia y se utilizará el SPSS para el análisis estadístico.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

## Anexo 2: Matriz de Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	TIPO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA Y VALOR	MEDIO DE VERIFICACION
Características clínicas del TOC	Las características clínicas son la relación entre los signos y síntomas que se presentan en una determinada enfermedad	Cualitativa	Simetría/orden	<b>Obsesión:</b> - Preocupación o necesidad de simetría	nominal	Presenta obsesión con la simetría (1)	Historia clínica
				<b>Compulsión:</b> - Comprobación excesiva del orden	nominal	Presenta compulsión con el orden (2) Presenta ambas (3)	Historia clínica
			Contaminación/lavado	<b>Obsesión:</b> - Miedo a la contaminación excesiva	nominal	Presenta obsesión hacia la contaminación (1)	Historia clínica
				<b>Compulsión:</b> Lavado excesivo de alguna parte del cuerpo u objeto	nominal	Presenta compulsión con el lavado (2) Presenta ambas (3)	Historia clínica

			Sexual/religiosa/agresión	<p><b>Obsesión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos intrusivos que hacen referencia a un acto sexual o agresivo o de peligro</li> </ul>	nominal	<p>Presenta obsesión de pensamientos intrusivos de acto sexual (1)</p> <p>Presenta pensamientos obsesivos y/o compulsiones relacionados a la religión (2)</p>	Historia clínica
				<p><b>Compulsión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir plegarias de forma excesiva</li> <li>- Comprobación de objetos excesiva</li> </ul>	Nominal	<p>Presenta obsesión de pensamientos relacionados a la agresión hacia el paciente o seres queridos (3)</p> <p>Presenta todos los pensamientos dentro de la dimensión sexual/religiosa/agresión (4)</p>	Historia clínica
			Acumulación	<p><b>Compulsión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia a acumular objetos de forma excesiva</li> </ul>	Nominal	Presenta compulsión de acumulación (1)	Historia clínica

		Cualitativa	Apetito	Necesidad o deseo de ingerir alimentos	Nominal	Apetito conservado (1) Apetito no conservado (2)	Historia clínica
		Cualitativa	Sueño	Estado temporal, fisiológico y reversible de desconexión parcial de la conciencia	Nominal	Sueño conservado (1) Sueno no conservado (2)	Historia clínica
		Cuantitativa	Tiempo de enfermedad	Tiempo el cual el paciente lleva con los síntomas de TOC	Intervalo	1-5 años 6-10 años 11-15 años Más de 15 años	Historia clínica
		Cuantitativa	Edad de presentación de los síntomas	Edad en la cual el paciente nota aparición del primer síntoma de TOC	Intervalo	1-6 años 7-12 años 13-18 años	Historia clínica
		Cualitativa	Síntomas asociados	Síntomas no específicos relacionados al TOC	Nominal	Presencia de autolesión (1) Presencia de ansiedad (2) Pensamientos pseudopsicóticos (3)	Historia clínica

		Cualitativa	Comorbilidades	Enfermedades que presenta el paciente las cuales pueden influir en el pronóstico y tratamiento del TOC.	Nominal	<p>Trastornos de ansiedad generalizada (1)</p> <p>Trastorno de depresión (2)</p> <p>Trastornos de conducta alimentaria (3)</p> <p>Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (4)</p> <p>Psicosis (5)</p> <p>Trastornos de Tic (6)</p> <p>Otros (7)</p>	Historia clínica
		Cualitativa	Tratamiento	Tratamiento farmacológico y no farmacológico para el manejo del TOC	Nominal	<p>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (1)</p> <p>Terapia cognitivo conductual con prevención a respuesta a exposición (2)</p> <p>Combinado (3)</p> <p>Antidepresivos tricíclicos (4)</p>	Historia clínica

						Otros tratamientos (5)	
Características sociodemográficas		Cuantitativa	Edad	- Años	Razón	12-15 años 15-18 años	Historia clínica
		Cualitativa	Lugar de procedencia	- Región geográfica donde proviene	Nominal	Lima Costa Sierra selva	Historia clínica
		Cualitativa	Sexo	- Sexo biológico	Nominal	Masculino femenino	Historia clínica
		Cualitativa	Antecedentes patológicos personales	- Antecedentes patológicos del paciente	Nominal	Presenta antecedentes patológicos (1)  No presenta antecedentes patológicos (2)	Historia clínica
		Cualitativa	Antecedentes psiquiátricos familiares y grado de parentesco	Antecedentes psiquiátricos en la familia del paciente y grado de parentesco	Nominal	Depresión (1)  Bipolaridad (2)  Trastorno obsesivo	Historia clínica



						compulsivo (3) Esquizofrenia (4) Psicosis (5) Otros (6) / Primer grado (A) Segundo grado (B) Tercer grado (C) Cuarto grado (D)	
--	--	--	--	--	--	--	--

### **Anexo 3: Ficha de recolección de datos**

**# DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE:** .....

#### **FILIACIÓN**

**Sexo:** Masculino (1) ( ) Femenino (2) ( )

**Edad:**.....

**Lugar de procedencia:** Lima (1) ( ) Costa (2) ( ) Sierra (3) ( ) Selva (4) ( )

**Grado de instrucción del paciente:** Analfabeto (1) ( ) Inicial (2) ( ) Primaria (3) ( ) Secundaria (4) ( ) Superior (5)

#### **ANTECEDENTES PERSONALES**

**Antecedentes patológicos:** Sí (1) ( ) No (2) ( ) Cual:

#### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Antecedentes de trastornos psiquiátricos en la familia y parentesco:**

Depresión (1) ( ) Bipolaridad (2) ( ) Trastorno obsesivo compulsivo (3) ( )

Esquizofrenia (4) ( ) Psicosis (5) ( ) Otros (6) ( ) / Primer grado (A) ( ) Segundo

grado (B) ( ) Tercer grado (C) ( ) Cuarto grado (D) ( )

#### **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

**Apetito:** Conservado (1) ( ) No conservado (2) ( )

**Sueño:** Conservado (1) ( ) No conservado (2) ( )

#### **CUADRO CLÍNICO**

**Tiempo de enfermedad:** 1-5 años (1) ( ) 6-10 años (2) 11-15 años (3) ( )

Más de 15 años (4) ( )

**Edad de presentación de los síntomas:** 1-6 años (1) ( ) 7-12 años (2) ( )

13-18 años (3)

#### **DIMENSIONES:**

**Simetría/orden:** Simetría (1) ( ) Orden (2) ( ) Ambas (3) ( )

**Contaminación/lavado:** Contaminación (1) ( ) Lavado (2) ( ) Ambas (3) ( )

**Sexual/religiosa/agresión:** Sexual (1) ( ) Religiosa (2) ( ) Agresión (3) ( ) Todas (4) ( )

**Acumulación:** Acumulación (1) ( )

## **OBSESIONES**

**Otras:** Miedo al abandono de padres (1) ( ) Miedo a la soledad (2) ( )

## **COMPULSIONES**

**Otras:** Rituales repetidos (1) ( ) Comprobación excesiva de objetos (2) ( )

**OTROS SINTOMAS:** Autolesión (1) ( ) Ansiedad (2) ( ) Pensamientos pseudopsicóticos (3) ( )

**COMORBILIDADES:** Trastornos de ansiedad generalizada (1) ( ) Trastorno de depresión (2) ( ) Trastornos de conducta alimentaria (3) ( ) Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (4) ( ) Psicosis (5) ( ) Trastornos de Tic (6) ( ) Otros (7) ( )

**TRATAMIENTO:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (1) ( ) Terapia cognitivo conductual con prevención a respuesta a exposición(2) ( ) 1y2 (3) ( ) Antidepresivos tricíclicos (3) ( ) Otros (4) ( )

## Anexo 4: Historia clínica estandarizada de la institución



PERU

Ministerio de  
Salud

Instituto Nacional de Salud Mental  
"Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"



OFICINA DE ESTADISTICA  
HOJA DE FILIACION

25/02/2020 12:52

CODIGO DE ESTABLECIMIENTO:	0000007733	NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO	III-2
TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO IDENTIDAD	NUMERO DE HISTORIA CLINICA	
FECHA APERTURA :			

APELLIDOS :	NOMBRES :
SEXO :	FECHA NACIMIENTO :
ESTADO CIVIL :	TELF :
GRADO INSTRUCCION :	EDAD :
SEGURO :	ETNIA :
IDIOMA NATAL :	RELIGION :
OCUPACION :	
LUGAR NACIMIENTO :	
DOMICILIO :	
LUGAR DOMICILIO :	
LUGAR PROCEDENCIA :	

DATOS DE PADRES
NOMBRE PADRE
NOMBRE MADRE

DATOS REFERENTE Y/O ACOMPAÑA
------------------------------



TRASTORNOS PSIQUIATRICOS PASADOS (Identificación de síndromes antiguos no diagnosticados actualmente - CIE-10)

- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

- Retraso mental
- Trastornos del desarrollo psicológico
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- Trastorno mental sin especificación

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

INVENTARIO DE SINTOMAS Y EXAMEN MENTAL

S=SI N=NO 2=SEVERA  
 1=LEVE-MODERADO ?=DESCONOCIDO

I. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

II. LENGUAJE Y PATRON DE PENSAMIENTO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

III. HUMOR Y AFECTO

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	DU- MAN- TE EN- TRE- VISTA	Episodio				PA- SA- DO
		Actual	PRESENTE			
1. HIPERACTIVIDAD INTRANQUILIDAD, AGITACION	S	N	1	2	?	S
2. HIPOACTIVIDAD	S	N	1	2	?	S
3. AUTO-NEGLIGENCIA DESALINO, FALTA DE HIGIENE	S	N	1	2	?	S
4. CONDUCTA EXTRAVAGANTE APARIENCIA IDEOSINCRATICA	S	N	1	2	?	S
5. HOSTILIDAD BELIGERANTE, NO COOPERA	S	N	1	2	?	S
6. CONDUCTA VIOLENTA	S	N	1	2	?	S
7. IMPULSIVIDAD	S	N	1	2	?	S
8. LENGUAJE-PENSA. LENTIFICADO	S	N	1	2	?	S
9. LENGUAJE-PENSA. ACELERADO	S	N	1	2	?	S
10. DESORGANIZACION EN EL PROCESO DEL PENSAMIENTO INCÓHERENCIA ASOCIACIONES LAXAS, BLOQUEOS	S	N	1	2	?	S
11. ANSIEDAD GENERALIZADA TENSION NOTORA, APREHENSIVIDAD, HIPERACTIVIDAD AUTONÓMICA	S	N	1	2	?	S
12. ATAQUES DE PANICO	S	N	1	2	?	S
13. FOBIAS	S	N	1	2	?	S
14. TRISTEZA	S	N	1	2	?	S
15. PERDIDA DEL INTERES	S	N	1	2	?	S
16. AUTOESTIMA DISMINUIDA, CULPA	S	N	1	2	?	S
17. AFECTO APLANADO O INCONGRUENTE	S	N	1	2	?	S
18. EUFORIA	S	N	1	2	?	S
19. IRRITABILIDAD	S	N	1	2	?	S
20. HIPOSONNIA	S	N	1	2	?	S
21. HIPERSONNIA	S	N	1	2	?	S
22. APETITO DISMINUIDO	S	N	1	2	?	S
23. APETITO AUMENTADO	S	N	1	2	?	S
24. LIBIDO DISMINUIDA	S	N	1	2	?	S
25. LIBIDO AUMENTADA	S	N	1	2	?	S

IV. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y PERCEPCION

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SENSORIO, ORIENTACION, FUNCIONES INTELECTUALES, Y  
CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	DURANTE ENTREVISTA	Episodio ACTUAL					PASADO
		PRESENTE	1	2	?	S	
26. SUSPICACIA HIPERVIGILANCIA, DESCONFIANZA	S	N	1	2	?	S	
27. SINTOMAS DISOCIATIVOS <input type="checkbox"/> AMNESICOS <input type="checkbox"/> DESPERSONALIZA.	S	N	1	2	?	S	
28. IDEACION SUICIDA	S	N	1	2	?	S	
29. INTENTO SUICIDA	S	N	1	2	?	S	
30. INDICADORES HOMICIDAS <input type="checkbox"/> IDEACION <input type="checkbox"/> CONDUCTA	S	N	1	2	?	S	
31. OBSESIONES Y COMPULSIONES	S	N	1	2	?	S	
32. SINTOMAS SOMATOMORFOS <input type="checkbox"/> CONVERSIVO <input type="checkbox"/> SOMATIZACION <input type="checkbox"/> HIPOCONDRIASIS	S	N	1	2	?	S	
33. SINTOMAS SCHNEIDERIANOS VOCES QUE COHENTAN ACTOS PROPIOS, SONORIZACION O SMANENACION DEL PENSAMIENTO, ACTOS INFLUIDOS, PERCEPCION DELUSIVA, ETC.	S	N	1	2	?	S	
34. OTRAS ALUCINACIONES <input type="checkbox"/> AUDITIVAS <input type="checkbox"/> VISUALES <input type="checkbox"/> OLFATORIAS <input type="checkbox"/> GUSTATORIAS <input type="checkbox"/> TACTILES <input type="checkbox"/> CERESTOPATICOS	S	N	1	2	?	S	
35. DELUSIONES PARANOIDES	S	N	1	2	?	S	
36. DELUSIONES DEPRESIVAS	S	N	1	2	?	S	
37. OTRAS DELUSIONES	S	N	1	2	?	S	
38. PERTURBACION DEL SENSORIO	S	N	1	2	?	S	
39. DESORIENTACION <input type="checkbox"/> TIEMPO <input type="checkbox"/> LUGAR <input type="checkbox"/> PERS.	S	N	1	2	?	S	
40. DETERIORO INTELLECTUAL <input type="checkbox"/> DESARROLLO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO	S	N	1	2	?	S	
41. DEFECTOS DE ATENCION	S	N	1	2	?	S	
42. CARENCIA DE CONCIENCIA DE ENFERMEDAD	S	N	1	2	?	S	

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL (Historia del desarrollo educacional, conyugal, sexual, ocupacional, legal y sistema de apoyo s.

A. DESARROLLO	No	SI	DESCO. nocio
1. Problemas perinatales	N	S	?
2. Retardo en el desarrollo	N	S	?
3. Prob. escolares académicos	N	S	?
4. Prob. escolares disciplinarios	N	S	?
5. Problemas familiares durante el crecimiento.	N	S	?
6. Víctima de abuso físico/sexual	N	S	?

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. SOCIAL EN GENERAL	No	SI	DESCO/ MOCIDO	SEVERIDAD
			1. LEVE/MO	2. SEVERO
1. Disarmonía conyugal o divorcio	N	S	?	1 2
2. Otros problemas interpersonales serios	N	S	?	1 2
3. Problemas legales	N	S	?	1 2
4. Subempleo persistente	N	S	?	1 2
5. Dificultades económicas o de vivienda	N	S	?	1 2
6. Soporte social inadecuado <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> comunitario	N	S	?	1 2

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS  NINGUNO

E=Esquizofrenia B=Trast. bipolar M=Neurológicos  
 P=Psicosis no espec. D=Depresión T=Tuberculosis  
 A=Ansiedad N=Alcohol y otras C=Cardiovascular  
 S=Suicidio consumado O=Otras M=Diabetes mellitus  
 ?=Desconocido

PADRE E B P D A H S O ? N C T M O ?  
 MADRE E B P D A H S O ? N C T M O ?  
 HERMANOS E B P D A H S O ? N C T M O ?  
 HIJOS E B P D A H S O ? N C T M O ?  
 FAM. EXT. E B P D A H S O ? N C T M O ?  
 FAMILIA  Armónica  Desarmónica

TRASTORNOS FISICOS  NINGUNO

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA GENERAL**  NINGUNO

P= Pasado A= Actual  
 ?= Desc.

PROBLEMAS IMPORTANTES

1. Respiratorio P A ? 5. Endócrino P A ?  
 2. Cardiovascular P A ? 6. Neurológico P A ?  
 3. Gastrointestinal P A ? 7. Musc-esquelético P A ?  
 4. Genitourinario P A ? 8. Otros P A ?

Alergias \_\_\_\_\_

MEDICACION ACTUAL \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

**EXAMEN FISICO** F.V.: Pulso \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Izq.  der. Temp. \_\_\_\_\_ Resp. \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Hallazgos físicos importantes:  No  SI  Desconocido

**RESUMEN NARRATIVO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Confiabilidad de la información obtenida  Alta  Marginal  Pobre

PROBLEMAS	RECOMENDACIONES
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____











ESCALA DE DISCAPACIDAD (OMS): Eje II

0 - 5 puntos	Discapacidad %	Nombre	Definición
0	0	Ninguno	Ninguna incapacidad
1	20	Mínimo	Ocasional discapacidad leve
2	40	Notorio	Frecuente discapacidad leve u ocasional discapacidad moderada
3	60	Sustancial	Frecuente discapacidad moderada u ocasional discapacidad severa
4	80	Serio	Continua discapacidad moderada o frecuente discapacidad severa
5	100	Grosero	Continua discapacidad severa