



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Trastorno Obsesivo-Compulsivo y su relación con la depresión en tiempos de COVID-19 en población no clínica.

Alumno/a: Laura Zafra Palomino

Tutor/a: Luis Joaquín García López
Dpto.: Psicología

Mayo, 2021

ÍNDICE.

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
1.- INTRODUCCIÓN.....	6
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	6
<i>Definición del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Las obsesiones y las compulsiones.</i>	
<i>Clasificación del TOC.</i>	6
<i>Epidemiología del trastorno.....</i>	6
<i>Modelos explicativos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.</i>	7
<i>La COVID-19 y su relación con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.</i>	9
DEPRESIÓN.....	10
<i>Definición y epidemiología de la depresión.</i>	10
<i>Modelos explicativos de la depresión.....</i>	10
<i>La COVID-19 y su relación con la depresión.</i>	12
COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y LA DEPRESIÓN.....	13
JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS.....	13
2.- MÉTODO.....	15
PARTICIPANTES.....	15
INSTRUMENTOS.....	16
PROCEDIMIENTO.....	17
DISEÑO.....	18
3.- RESULTADOS.....	18
HIPÓTESIS 1: SE ESPERA QUE EL SUBTIPO DE TOC RELACIONADO CON EL LAVADO Y LA CONTAMINACIÓN SEA EL MÁS PROBABLE.	19
HIPÓTESIS 2: EXISTE RELACIÓN ENTRE HABER PADECIDO CORONAVIRUS Y EL TENER PUNTUACIONES MÁS ALTAS EN TOC.	22

HIPÓTESIS 3: RELACIÓN ENTRE PUNTUACIONES ALTAS EN DEPRESIÓN Y PUNTUACIONES ALTAS EN LOS CUESTIONARIOS DE TOC.	24
4.- DISCUSIÓN.	25
CONCLUSIONES.	28
5.- BIBLIOGRAFÍA.	29
ANEXOS	36

RESUMEN.

La actual pandemia de coronavirus ha hecho mella en la salud mental tanto de personas que ya tenían trastornos psicológicos previamente como de población no clínica. En la presente investigación se quiere estudiar si existe más vulnerabilidad a padecer Trastorno Obsesivo-Compulsivo que antes de comenzar la pandemia en la población no clínica, y la relación que tiene este trastorno con la depresión. Para ello, se recogieron los datos de 482 participantes, a los que se les pasaron tres cuestionarios: el cuestionario OCI-R, la escala DOCS y el BDI-II. Los resultados arrojaron tres conclusiones principales: primero, existe más probabilidad a padecer TOC de Orden o de “preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte” por encima del TOC de Lavado o Contaminación; segundo, según la escala DOCS existe relación entre haber padecido coronavirus y tener puntuaciones más altas en TOC; y tercero, existen relaciones positivas y significativas entre padecer TOC y depresión. Además, otra conclusión que cabe destacar de esta investigación fue que no existían relaciones predictivas entre las puntuaciones dadas a los cuestionarios de TOC y el haber padecido o no coronavirus.

Palabras clave: trastorno obsesivo-compulsivo; TOC; COVID-19; coronavirus; depresión.

ABSTRACT.

The current coronavirus pandemic has affected both people who previously had psychological disorders and the non-clinical population. In this research we want to study whether there is more vulnerability to suffer from Obsessive-Compulsive Disorder than before the pandemic began in the non-clinical population, and also, we want to study the relationship between OCD and depression. In order to achieve these objectives, we collected the data of 482 participants. They were given 3 questionnaires: OCI-R questionnaire, DOCS scale and BDI-II. The results showed three main conclusions: first, it is more likely to suffer from Order or “concern to be responsible for damage, injury or bad luck” OCD than Washing OCD; second, according to DOCS scale, there is a relationship between having suffered from coronavirus and having higher OCD scores; and third, there is a positive and significant relationship between having OCD and depression. In addition, another conclusion that we should underline from this study was the fact that there were no predictive relationship between OCD scores and whether or not they had suffered from coronavirus disease.

Key words: obsessive-compulsive disorder; OCD; COVID-19; coronavirus; depression.

1.- INTRODUCCIÓN.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.

Definición del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Las obsesiones y las compulsiones.

Clasificación del TOC.

Tal y como señala la APA (2013), el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) “*se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones*”. Las obsesiones son pensamientos o imágenes recurrentes que la persona que los padece experimenta como ajenas a sí mismo; y las compulsiones son conductas repetitivas que esa persona se siente impulsada a llevar a cabo siguiendo unas estrictas reglas (APA, 2013). Durante mucho tiempo, el TOC ha sido clasificado entre los trastornos de ansiedad, hecho que ha cambiado a partir de la publicación del DSM-5, donde el TOC está encuadrado dentro de su propia categoría: “Trastorno obsesivo compulsivo y otros trastornos relacionados”.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un trastorno que se caracteriza por ser muy heterogéneo en cuanto a su manifestación. Existen diferentes opiniones a la hora de clasificar este trastorno. En concreto, García-Soriano et al. (2008) sugieren que existen cinco tipos de contenidos obsesivos: de ellos, tres aparecen de forma aislada (contaminación/limpieza, simetría/orden, obsesiones religiosas o sexuales), y los otros dos se unen a los primeros (acumulación, que suele aparecer unido a simetría o comprobación; y agresión, que se suele presentar junto a las obsesiones religiosas o sexuales).

Por otro lado, Bloch et al. (2008) mostraron una estructura del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en cuatro factores: simetría (con obsesiones de simetría y orden, repetición y contar mentalmente); pensamientos prohibidos (en los que se engloban las obsesiones relacionadas con agresión, las sexuales y las religiosas); limpieza (con obsesiones de contaminación y lavado); y acumulación (acompañado de obsesiones de acumulación y compulsiones).

Epidemiología del trastorno.

En España, según el Ministerio de Sanidad (2020), el TOC tiene una prevalencia similar tanto en hombres como en mujeres, presentándose en un 1.1% de la población. Es más frecuente en hombres que en mujeres en la franja de edad entre 15-25 años y, alrededor de los 35 años, pasa a ser más prevalente en mujeres que en hombres. En el mismo informe, también se destaca el papel de la renta: a menor renta, mayor prevalencia del trastorno. Por otro lado, la prevalencia en EE.UU. se parece mucho a la prevalencia internacional, encontrándose alrededor del 1.1-1.8% (APA, 2013).

Además, se destaca el trabajo llevado a cabo por Cath et al. (2016), en una muestra de la población de Países Bajos. Los resultados que se encontraron fueron que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo tenía una prevalencia del 5.7%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres, cuya prevalencia era similar: 6.02% y 5.52%, respectivamente.

En la revisión bibliográfica llevada a cabo por Mathes et al. (2019), se afirma que la prevalencia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo es del 3%, pero su prevalencia a nivel subclínico¹ es mucho mayor. Además, en la misma revisión se concreta que el TOC es un trastorno de inicio temprano, y cuya manifestación varía mucho entre niños y adultos. Con respecto al género, es importante señalar que existen datos contradictorios con respecto al inicio, la presentación y el impacto de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Mathes et al. (2019) concluyen tras la revisión de la literatura científica que hay mayor proporción de mujeres adultas con TOC, y que los hombres tienen un inicio del trastorno más temprano, hecho que coincide con los datos arrojados por el Ministerio de Sanidad (2020) y con el estudio de Cath et al. (2016).

Otro dato muy interesante arrojado por Coles et al. (2018) afirma que el encontrarse en latitudes más altas y tener menos horas de luz solar diarias se asocian con tasas de prevalencia de TOC más altas.

Modelos explicativos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Centrándonos exclusivamente en los modelos psicológicos, se pueden clasificar los modelos explicativos del TOC en dos grandes grupos:

- **Modelos conductuales:** Cruzado (2014) postula que la vulnerabilidad de cada individuo (ya sea biológica, psicológica o ambas) interactúa con ciertos acontecimientos estresantes, que desencadenan altos niveles de ansiedad. En ese momento, se generan las obsesiones, que se asocian con dichos niveles de ansiedad y la respuesta fisiológica fruto de ella. Con el fin de evitar estos altos niveles de ansiedad, la persona lleva a cabo rituales, las compulsiones, disminuyendo estos niveles, reforzando negativamente esta conducta, y haciendo que este proceso se lleve a cabo cada vez con más frecuencia.
- **Modelos cognitivos:** dentro de este amplio grupo, se destaca el modelo de Salkovskis (1999), que propone que los estímulos disparadores son los que generan las obsesiones. Estas últimas se asientan en supuestos o creencias generales que tenemos todas las personas. La diferencia entre una cognición normal y una obsesiva tiene su origen en la

¹ El TOC subclínico es aquel en el que se presentan los síntomas propios del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, pero no causan malestar clínicamente significativo.

valoración que las personas afectadas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo hacen de estas obsesiones o pensamientos intrusivos. Esto es, los pacientes con TOC generan una interpretación errónea acerca de la ocurrencia de las intrusiones, sobreestimando su ocurrencia. Todo lo último se sustenta, principalmente, en cuatro elementos: sesgos de atención y razonamiento, cambios de humor, estrategias de seguridad contraproducentes y acciones neutralizadoras; que, en última instancia, hacen que se refuercen las obsesiones, de forma que este círculo se haga cada vez más frecuente (explicación del Modelo del origen y mantenimiento del TOC, Salkovskis, 1985,1999)².

Un aspecto importante a tener en cuenta en el desarrollo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo son las experiencias tempranas. El haber sido criado en un entorno en el que el estilo parental era muy estricto, con gran énfasis en la culpa y el reproche puede ser un factor de riesgo de desarrollo del trastorno (Basile et al., 2018).

Como ampliación a este modelo, Rachman (1996) apunta a que algunos pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo presentan lo que se conoce como Fusión del Pensamiento-Acción. Partiendo de la base de que los que sufren de este trastorno les dan muchísima importancia a los pensamientos intrusivos, el autor distingue dos componentes principales:

- El mero hecho de pensar en ciertos eventos amenazantes o molestos hace que la probabilidad de su ocurrencia sea mayor.
- Se les da la misma importancia a los pensamientos obsesivos relacionados con actos prohibidos (por ejemplo, de tipo sexual o agresivo) que haber llevado a cabo ese acto, esto es, las personas que sufren de TOC piensan que es igual de malo pensar en algo prohibido y llevarlo a cabo realmente.

Ambos componentes hacen que las personas que presentan la Fusión de Pensamiento-Acción sean más propensos a sentirse mucho más responsables de los actos negativos que ocurran a su alrededor. Esto hace que aumente la ansiedad que sienten, haciendo que tomen acción, esto es, llevando a cabo actos de neutralización (por ejemplo, si una persona con Trastorno Obsesivo-Compulsivo piensa en un accidente de coche, una acción de neutralización sería recordar esa escena de tal forma que los pasajeros del coche salgan ilesos) (Rachman, 1996).

- **Modelo metacognitivo de Wells:** desde este modelo, Wells (2009) afirma que, cuando ocurre un evento desencadenante, se generan pensamientos (dudas, preguntas),

² Anexo I.

sentimientos (relacionados principalmente con la tensión) e impulsos (eventos desagradables que se quieren evitar), que derivan en las intrusiones que sufren las personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Dichas intrusiones activan las creencias metacognitivas, que atribuyen a estas intrusiones un carácter muy negativo³, haciendo que sean percibidas como una amenaza. En consecuencia, se experimentan altos niveles de ansiedad (aumento del arousal), sentimientos de enfado o culpa, y se aumenta la probabilidad de que pensamientos de este tipo entren fácilmente en la conciencia. Con el fin de reducir el malestar causado, se activan las creencias neutralizadoras, los rituales, que reducen las amenazas.

La COVID-19 y su relación con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

En la actualidad, tenemos una realidad muy diferente a la que solíamos tener: nuestras vidas se han visto truncadas por la actual pandemia, el coronavirus. Dadas las medidas que se han tomado a lo largo de todo este año (permanecer en cuarentena, la distancia social y el autoaislamiento), podemos considerar la COVID-19 como un estresor, que afecta en gran medida a nuestra salud mental, haciendo que personas sanas desarrollen todo tipo de trastornos, desde depresión mayor hasta esquizofrenia (Fiorillo y Gorwood, 2020).

El coronavirus también ha afectado a las personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Shafran, Coughtrey y Whittal, 2020), haciendo que los síntomas que padecían estos pacientes se exacerben. De esta forma, se puede considerar que la COVID-19 se ha convertido en un desencadenante para la ansiedad, el estrés, y el miedo (Ribera y Carballea, 2020).

Además, fruto de esta situación, también se ha dado la posibilidad de que personas que eran vulnerables a padecer TOC hayan desarrollado este trastorno (Shafran, Coughtrey y Whittal, 2020). En este sentido, cabe destacar que la población no clínica puede padecer preocupaciones por estar limpio, hipervigilancia a las somatizaciones, y el miedo a infectarse por el virus. Todas estas situaciones, que en este momento pueden considerarse normales por la crisis que vivimos, puede hacer que se desarrollen rumiaciones o compulsiones que hagan mella en la salud mental de quienes lo padecen (Ribera y Carballea, 2020).

³ Este hecho puede relacionarse con la Fusión Pensamiento-Acción de Rachman (1996).

DEPRESIÓN.

Definición y epidemiología de la depresión.

En concreto, el trastorno depresivo mayor “*se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas*” (APA, 2013). Para diagnosticarlo, hay que tener en cuenta que debe darse uno de los dos síntomas siguientes: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días, o sentir una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día casi todos los días (anhedonia).

Con respecto a la epidemiología de la depresión, la OMS (2017) señala que la prevalencia global de este trastorno fue de 4.4% en 2015, siendo esta prevalencia mayor en mujeres que en hombres. Evidentemente, los datos encontrados fueron muchos mayores en la región africana, donde el nivel socioeconómico es menor que en los países desarrollados. La prevalencia también es diferente dependiendo del grupo de edad en el que se ponga el foco; en concreto, el grupo donde existe mayor prevalencia de depresión es en los adultos de edad más avanzada (55-74 años), encontrando un 7.5% en mujeres y un 5.5% en hombres. En la población infantojuvenil también se encuentran casos de depresión, pero en un porcentaje mucho más reducido.

Centrando la atención en la prevalencia de la depresión en España, la OMS (2017) señala que la prevalencia en aquel momento fue de 5.2%. Tras haber revisado otros datos, se observa cómo ha aumentado en tan pocos años la prevalencia, pasando de ese 5.2% a 7.17% en el presente año (INE, 2021).

Modelos explicativos de la depresión.

Existen diferentes modelos desde la perspectiva psicológica que explican la depresión:

- **Modelos conductuales:** los autores más importantes de estos modelos son Ferster, Skinner y Lewinsohn. Desde esta perspectiva, Carroble (2014) afirma que la depresión se explica haciendo alusión a la extinción de la conducta, desencadenado por una ausencia de reforzadores. De esta forma, se produce una disminución aun mayor de la actividad, con su posterior disminución de consecuencias positivas. Así, la persona comienza a tener desmotivación y falta de interés por lo que le rodea, haciendo que su conducta siga disminuyendo. Desde esta perspectiva queda patente que la conducta en gran parte depende de las consecuencias.
- **Modelos cognitivos:** en concreto, se especifican dos:

- Modelo Cognitivo de Beck: se basa, principalmente, en la forma de ver el mundo que tiene el individuo. Para explicarlo más extensamente, Beck (2010) sustenta su teoría en 3 componentes principales:
 1. La tríada cognitiva: el paciente tiene una visión negativa de sí mismo, su experiencia, y su futuro. De esta forma, se generan unos patrones cognitivos negativos que tienen repercusiones en la motivación del paciente.
 2. La organización estructural del pensamiento depresivo: es a lo que se denominan los esquemas. Explican el mantenimiento de la depresión, que se basa en que el individuo fija su atención de forma selectiva en ciertos estímulos, analizando la situación de forma negativa, a pesar de que exista estimulación positiva para el paciente.
 3. Errores en el procesamiento de la información: estos errores, que se producen de forma sistemática, permiten mantener las creencias que tiene el paciente acerca de sus pensamientos negativos, incluso existiendo la certeza de que hay cosas positivas en la situación. Algunos de estos errores son la inferencia arbitraria, o el pensamiento absolutista o dicotómico.
- Modelo de la Indefensión Aprendida de Seligman: al inicio, Seligman (1975; citado de Vázquez-Valverde y Polaino-Lorente, 1982), afirma que, en la depresión, existe un mediador cognitivo, que son las expectativas de incontrolabilidad que tiene el sujeto hacia los sucesos que le ocurren. Al no saber con exactitud cómo se formaban las expectativas, se llevó a cabo la reformulación del modelo (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), que resumieron en modelo en cuatro enunciados:
 1. La depresión presenta cuatro clases de déficits: motivacional, cognitivo, afectivo y de autoestima.
 2. Cuando el individuo cree que los resultados que él quiere son muy improbables de producirse, el sujeto piensa que ninguna conducta de su repertorio puede cambiar la probabilidad de que eso que desea se produzca, generando desesperanza.
 3. La generalidad de los déficits depresivos dependerán de la globalidad de la atribución de la depresión, la cronicidad de estos déficits dependerá de la estabilidad de la atribución de desesperanza, y, si la autoestima del

individuo es baja, dependerá de lo internalizada que esté esta atribución de desesperanza.

4. La intensidad de los déficits dependerá de la fuerza o la certeza de la expectativa de incontabilidad, y, en el caso de que existieran los déficits afectivo y de autoestima, dependerá de la importancia de los resultados.

La COVID-19 y su relación con la depresión.

El coronavirus, al igual que en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, ha causado estragos en la depresión. En términos generales, cabe destacar que desde la declaración de la COVID-19 como una pandemia, se han mostrado niveles más altos de depresión en personas que ya tenían algún tipo de alteración, tanto mental, como física (Alonzi et al, 2020).

De forma más concreta, se hace alusión a diferentes estudios llevados a cabo en algunos países específicamente. En España, se observan medias superiores en depresión desde el inicio de la Declaración del Estado de Alarma (14 de marzo de 2020), siendo estas medias mucho mayores en personas que padecían algún tipo de enfermedad crónica con anterioridad (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Este último hecho apoya los datos proporcionados por Alonzi, explicados en el párrafo anterior.

En China, lugar donde tuvo inicio este virus, se encontró que la ansiedad y la depresión son los problemas más comunes que presenta la población, haciendo especial hincapié en los sanitarios, ya que estaban sometidos a mayor nivel de estrés que la población general (Liu et al., 2021).

Por otro lado, en Estados Unidos esta relación no es tan acusada. Así, se encontró una relación moderada entre los efectos de la pandemia y los síntomas de depresión (Kujawa et al., 2020). En contraste, en Reino Unido se encuentran unos niveles muchos más elevados en depresión que en estudios llevados a cabo antes de la pandemia (Shevlin et al., 2020). Además, en este mismo estudio, se resalta que los ancianos presentan menos probabilidad de padecer depresión que otros grupos de edad, a pesar de ser el grupo que tiene mayor tasa de mortalidad por COVID-19.

COMORBILIDAD ENTRE EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y LA DEPRESIÓN.

También es interesante tener en cuenta la alta comorbilidad existente entre la depresión y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Esto puede explicarse, por ejemplo, porque tanto el TOC como la depresión comparten zonas neurales afectadas. Se han llevado a cabo diferentes estudios con el fin de estudiar esta relación, pero los datos son inconsistentes. Cabe destacar el estudio llevado a cabo en la Asociación de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Países Bajos (NOCDA), en el cual se encontró una relación significativa entre los síntomas depresivos en línea base y el desarrollo de sintomatología obsesivo-compulsiva después; cosa que al revés, es decir, la sintomatología obsesivo-compulsiva primero, y los síntomas depresivos después, no arrojaron resultados significativos. De ello se puede sacar la idea de que los síntomas depresivos pueden influir en el curso del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Tibi et al., 2017).

Datos que también apoyan la comorbilidad entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la depresión son los aportados por Cruzado (2014), que afirma que existe una alta comorbilidad entre ambos trastornos, ya sea que el TOC facilite la aparición de síntomas depresivos; o al revés, que el estado depresivo sea el desencadenante del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Por otro lado, se apostilla el estudio llevado a cabo por Osland et al. (2018), que encuentra que hay un porcentaje de pacientes con TOC muy significativo que también presenta depresión.

En el estudio llevado a cabo por Timpano et al. (2012), donde se estudia la comorbilidad del TOC tanto con la depresión como con el Trastorno Bipolar, se encontró que la severidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva aumenta incrementa la ocurrencia de la depresión y del Trastorno Bipolar. Otro estudio que valida la comorbilidad entre el Trastorno Obsesivo-Compulsivo y la depresión es el llevado a cabo por Altıntaş y Taşkintuna (2015), que afirma que la mitad de los pacientes con TOC también sufren depresión.

Además, hay que tener en cuenta también que la combinación de la sintomatología depresiva y la obsesivo-compulsiva afectan a la salud emocional, social y general de la persona que lo sufre, afectando a su calidad de vida (Kugler et al., 2013), hecho que a día de hoy se pone mucho más de relieve por la situación provocada por la COVID-19 (Plunkett et al., 2020).

JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS.

Tras haber realizado una revisión exhaustiva de la literatura científica acerca del tema que nos ocupa, se encontraron datos contradictorios acerca de la exacerbación de la sintomatología obsesivo-compulsiva en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Algunos estudios arrojaban datos acerca de que no existían datos que apoyaran el hecho de que

hubiera un empeoramiento de síntomas desde la pandemia (Littman et al., 2020; Davide et al., 2020). Otros estudios, por el contrario, afirman que a raíz de la pandemia se ha producido un empeoramiento de síntomas obsesivo-compulsivos, especialmente en relación al TOC de contaminación (Jelinek et al., 2021; Knowles y Olatunji, 2020). Storch et al. (2021), por otro lado, concluyen en su estudio que el 10% de los pacientes con TOC ha tenido una mejora de la sintomatología desde el inicio de la pandemia, mientras que el 47% de su muestra ha sufrido un empeoramiento. Los únicos datos encontrados en los que se hacía referencia a población no clínica se extraen de un estudio de Munk et al. (2020), donde se compara la prevalencia de TOC en los 12 meses anteriores en la población alemana con la prevalencia de la muestra recogida. Se observó que la prevalencia de TOC en la muestra aumentó alrededor de siete veces más que en la prevalencia del año anterior.

Después de toda esta búsqueda, se observó que se hacía poco hincapié en saber acerca de la sintomatología obsesivo-compulsiva en población no clínica, ni tampoco se hacía especial mención a la relación de dichos síntomas con la sintomatología depresiva. Es por ello que en el presente Trabajo de Fin de Grado se lleva a cabo un experimento para conocer si la vulnerabilidad de la población no clínica a padecer Trastorno Obsesivo-Compulsivo ha aumentado a raíz de la pandemia. Para ello, se plantean tres hipótesis: primero, se quiere conocer si hay algún subtipo de TOC que tenga más probabilidad de producirse, de lo que se espera que el subtipo relacionado con la contaminación sea el más probable; segundo, se quiere observar si existe relación entre haber padecido el coronavirus y el tener puntuaciones más altas en TOC, de lo que se espera que la puntuación media de las personas que padecieron coronavirus en algún momento de la pandemia tengan una puntuación media mayor en los cuestionarios de TOC; y tercero, se quiere estudiar si existe relación entre puntuaciones altas en depresión y puntuaciones altas en los cuestionarios de TOC, de lo que se espera que haya una relación positiva y significativa entre ambas variables.

2.- MÉTODO.

PARTICIPANTES.

La muestra utilizada para este estudio fue de 482 personas (117 hombres, 363 mujeres y 2 de género no binario)⁴. La edad media fue de 29.98, y las edades de los participantes estaban comprendidas entre los 18 y los 80 años. La mayor parte de los participantes eran estudiantes (55.4%), aunque también había un gran porcentaje de gente con empleo (21.2%). Además de esta información, también se les preguntó acerca de su estado civil, si padecieron depresión antes de comenzar la pandemia, y si en algún momento de este último año han dado positivo por COVID-19. Todos estos datos se han recogido en la *Tabla 1*.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	117	24.3 %
	Mujer	363	75.3 %
	No binario	2	0.4 %
Edad	18-25	293	60.8 %
	26-50	142	29.4 %
	51-65	41	8.6 %
	66-80	6	1.2 %
Estado civil	Casado/a	112	23.2 %
	Divorciado/a	10	2.1 %
	Separado/a	3	0.6 %
	Soltero/a	351	72.8 %
	Viudo/a	6	1.2 %
Ocupación	Amo/a de casa	27	5.6 %
	Autónomo/a	18	3.7 %
	Empleado/a	102	21.2 %
	En paro	38	7.9 %
	Estudiante	267	55.4 %
	Funcionario/a	21	4.4 %
	Jubilado/a	9	1.9 %
Depresión antes de la pandemia	Sí	75	15.6 %
	No	343	71.2 %
	No lo sé	64	13.3 %
Positivo por COVID	Sí	77	16.0 %
	No	382	79.3 %
	No lo sé	23	4.8 %

⁴ Se recogieron resultados de una muestra de 484 personas, pero se tuvieron que eliminar los datos de dos de ellas ya que no cumplían el único criterio de inclusión requerido (ser mayor de 18 años).

INSTRUMENTOS.

Se pasaron los siguientes instrumentos a los participantes del estudio:

- ***Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus*** (CIPC) de Sandí, Valiente, García-Escalera y Chorot (2020). Este cuestionario tiene 93 ítems, divididos en 9 subescalas: Experiencia con el Coronavirus (ECOV), Uso de los medios de comunicación (UMC), Conductas asociadas al confinamiento (CAC), Uso de conductas preventivas (UCP), Escala de Miedos al Coronavirus (EMC), Escala de Distrés (ED), Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP), Escala de Interferencia por el Coronavirus (EIC), y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA). En nuestro estudio solo se utiliza la escala UCP, porque lo que se pretende es conocer en qué grado los participantes del estudio se encuentran comprometidos con el hecho de protegerse ante la COVID-19 y así, evitar el contagio. En concreto, esta escala presenta 7 ítems, de respuesta dicotómica (Sí/No). Al ser un cuestionario muy reciente, no se conocen aún las propiedades psicométricas de esta escala⁵.
- ***Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado*** (*The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R*), de Foa et al. (2002). La adaptación española fue llevada a cabo por Fullana, Tortella-Feliu, Casares, Andino, Torrubia y Mataix-Cols en 2005. Este cuestionario consta de 18 ítems que se contestan a partir de una escala tipo Lickert, que va de 0 (nada) a 4 (mucho) según el grado de malestar que se siente ante las situaciones que se describen en los distintos ítems. Los ítems están divididos en 6 subescalas, de 3 ítems cada una, evaluando lavado, comprobación, orden, obsesión, acumulación y neutralización mental (Bados, 2017). La consistencia interna de este cuestionario es de .86 en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo y de .78 en población no clínica (Belloch y cols., 2013)⁶.
- ***Escala Dimensional Obsesivo-Compulsiva*** (*Dimensional Obsessive-Compulsive Scale, DOCS*), de Abramowitz et al. (2010). Fue traducida al español por Fullana, López-Sola y Pertusa en 2010. Esta escala consta de 20 ítems, divididos en cuatro categorías que corresponden a las dimensiones del TOC: preocupación sobre gérmenes y contaminación, preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte, pensamientos inaceptables y preocupación por la simetría, lo completo y la necesidad de que las cosas estén bien hechas. Los ítems están divididos en 5 por cada subcategoría, y, antes de contestar las preguntas, se plantean diversos ejemplos de diferentes

⁵ Anexo II.

⁶ Anexo III.

obsesiones y compulsiones. Luego, los ítems se contestan en una escala tipo Lickert que va de 0 a 4, preguntándose por diferentes aspectos en cada pregunta: malestar experimentado, tiempo dedicado a los pensamientos, evitación de situaciones, etc. Esta escala en concreto valora el nivel de gravedad en el que se producen los síntomas (Bados, 2017). El coeficiente α de Cronbach para esta escala es de .90 para pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo, de .92 para otros trastornos de ansiedad y de .93 para estudiantes (Abramowitz, 2010)⁷.

- ***Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)***, de Beck, Steer y Brown (1996). Su traducción al español fue llevada a cabo por Sanz, Navarro y Vázquez, en 2003. Este inventario tiene 21 ítems, presentando 4 alternativas cada uno (de 0 a 3), con el fin de que la persona que lo cumplimenta señale la que mejor describa como se ha sentido en las últimas dos semanas. En él se pregunta acerca de la tristeza, el sentimiento de culpa, el apetito, el sueño, o el sentimiento de fracaso, entre otros. La consistencia interna de este cuestionario es de .87 (Sanz y cols, 2003)⁸.

PROCEDIMIENTO.

Para llevar a cabo este estudio, y con el fin de recabar la mayor cantidad de participantes para él, hubo dos canales a partir de los cuales se llevó a cabo la difusión de este cuestionario. En primer lugar, se ha difundido un link de Google Forms por WhatsApp, Twitter, Instagram y Facebook de forma masiva durante el período de recopilación de datos⁹. En segundo lugar, personas del entorno de la estudiante, algunas de ellas relacionadas directamente con el ámbito sanitario, se han encargado personalmente de pasar el cuestionario a terceras personas, con el fin de obtener más participantes. Aunque el cuestionario era completamente online, no se puede garantizar que personas no convivientes estuvieran realizándolo juntas al mismo tiempo. Con el fin de preservar la confidencialidad de los sujetos, se les hacía firmar un consentimiento informado al inicio del estudio y que, si no aceptaban, se les pedía que no continuaran rellenando el cuestionario¹⁰.

⁷ Anexo IV.

⁸ Anexo V.

⁹ El tiempo de recopilación de datos fue de 3 semanas.

¹⁰ Anexo VI.

DISEÑO.

Con respecto al diseño, cabe destacar que la investigación fue de tipo transversal, ya que se producía una única medida en un único momento. Primero, se corrigieron los tres cuestionarios que se pasaron a los participantes y, a partir de estos datos se llevaron a cabo comparación de medias, análisis de regresión y análisis correlacionales, con especial interés en el Coeficiente de correlación de Pearson. Todo esto se hizo con el fin de observar si existe relación entre el haber padecido depresión antes de la pandemia, haber tenido el coronavirus durante el período pandémico y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. En este estudio, las Variables Independientes son dos, cada una con tres niveles:

- **El coronavirus:** los niveles son el haberlo padecido, el no haberlo padecido, o no saberlo.
- **La depresión:** los niveles son el haber tenido depresión antes de la pandemia, no haberla tenido, o no saberlo.

3.- RESULTADOS.

A continuación, se presentan los resultados en base a las hipótesis marcadas en el apartado introducción. El programa utilizado para el tratamiento de los datos recogidos fue el IBM SPSS Statistics 23.

Antes de comenzar a desglosar los resultados obtenidos para las diferentes hipótesis, se presentan en la *Tabla 2* los datos obtenidos en la subescala UCP del Cuestionario del Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC), que permitieron valorar el grado de compromiso de la muestra con la situación pandémica actual.

Tabla 2

Resultados de la subescala UCP del Cuestionario del Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC)

	Sí (%)	No (%)
Uso de mascarilla	98.8	1.2
Uso de guantes	1.2	98.8
Cumplir distancia de seguridad	70.7	29.3
Lavado de manos excesivo	40.7	59.3
Desinfección de superficies	41.1	58.9
Tomar precauciones a la hora de ir al supermercado	37.2	62.8
Tomar precauciones en zonas de contagio	67.6	32.4

Como se puede observar en la tabla, la medida más apoyada por la población fue el uso de la mascarilla. El resto de medidas no están tan apoyadas por la muestra, habiendo un alto porcentaje de personas que no desinfectan las superficies muy a menudo o que no toman precauciones cuando van al supermercado.

HIPÓTESIS 1: SE ESPERA QUE EL SUBTIPO DE TOC RELACIONADO CON EL LAVADO Y LA CONTAMINACIÓN SEA EL MÁS PROBABLE.

Para conocer los resultados de la primera hipótesis, se procedió a conocer la puntuación media que dieron los participantes en cada una de las subescalas, tanto del cuestionario OCI-R como de la escala DOCS, tal y como se presentan en la *Tabla 3*.

En el cuestionario OCI-R se observa que la mayor puntuación media fue en la subescala Orden ($M = 3.84$), seguida por la de Lavado ($M = 3.54$), Comprobación ($M = 3.49$), Acumulación ($M = 3.46$) y Obsesiones ($M = 3.24$). La menor puntuación media fue la de la subescala Neutralización Mental, cuya media fue 1.32.

Por otro lado, con respecto a la escala DOCS, la mayor puntuación media se atribuía a la dimensión “preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte” ($M = 4.11$), seguida de la dimensión “preocupación sobre gérmenes y contaminación” ($M = 4.10$) y “pensamientos inaceptables” ($M = 4.08$). La dimensión que recibía menos puntuación media fue la de “preocupación por la simetría, lo completo y la necesidad de que las cosas estén bien hechas”, la cual fue $M = 3.47$.

En los datos se observa que tanto en el OCI-R como en la escala DOCS, la puntuación más alta no fue la de la subescala Lavado o Contaminación. En concreto, la puntuación más alta del OCI-R fue la subescala Orden; mientras que la puntuación más alta en la escala DOCS fue en la dimensión “preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte”.

Tabla 3*Puntuaciones medias en las subescalas del OCI-R y el DOCS.*

Cuestionario	Subescala	Puntuación media
OCI-R	Acumulación	3.46
	Comprobación	3.49
	Orden	3.84
	Neutralización mental	1.32
	Lavado	3.54
	Obsesiones	3.24
DOCS	Contaminación	4.10
	Daño/desastre	4.11
	Pensamientos inaceptables	4.08
	Simetría	3.47

Como puede observarse, las medias son muy parecidas entre sí, habiendo apenas diferencias entre ellas. Para estudiar un poco más este fenómeno, y ver si entra en juego el hecho de haber dado positivo en coronavirus o no, se procede a hacer un análisis de regresión lineal para observar si existen diferentes patrones o perfiles que expliquen las distintas puntuaciones dadas en cada uno de los niveles de la Variable Independiente.

Antes de utilizar la VI como una variable cuantitativa, se tuvo que codificar dicha variable en dos variables diferentes: COVID_SI y COVID_NOLOSE. De esta forma, la categoría de referencia es el No (no haber padecido coronavirus), que toma valor de 0 en ambas variables.

A continuación, se presentan dos tablas (*Tabla 4* y *Tabla 5*), una con los subtipos del cuestionario OCI-R, y otra con las dimensiones de la escala DOCS, a partir de las cuales se observa si existe ese valor predictivo entre los diferentes niveles de la Variable Independiente y los subtipos de TOC.

Tabla 4*Análisis de regresión para los subtipos del cuestionario OCI-R.*

	β	t	R ²	Sig.	ΔR	Cambio en F
VD: OCI_R_ACUMULACIÓN						
Paso 1			.003	.513	.003	.669
COVID_SI	-.013	-.276		.782		
COVID_NOLOSE	.050	1.090		.276		
VD: OCI_R_COMPROBACIÓN						
Paso 1			.000	.927	.000	.076
COVID_SI	-.005	-.119		.905		
COVID_NOLOSE	.016	.357		.721		
VD: OCI_R_ORDEN						
Paso 1			.003	.513	.003	.669
COVID_SI	.037	.809		.419		
COVID_NOLOSE	.041	.903		.367		
VD: OCI_R_NEUTRALIZACIÓN						
Paso 1			.002	.645	.002	.438
COVID_SI	.027	.580		.562		
COVID_NOLOSE	.036	.789		.430		
VD: OCI_R_LAVADO						
Paso 1			.003	.528	.003	.639
COVID_SI	.037	.814		.416		
COVID_NOLOSE	.039	.861		.390		
VD: OCI_R_OBSESIÓN						
Paso 1			.011	.027*	.015	3.645
COVID_SI	.070	1.530		.127		
COVID_NOLOSE	.108	2.366		.018		

Tal y como se observa en la *Tabla 4*, el porcentaje de casos explicado es, en todos los subtipos de TOC, muy bajo, por lo que no se predice la puntuación del cuestionario en función de si el individuo que ha rellenado el cuestionario ha dado positivo por coronavirus, no lo ha padecido o no sabe con certeza si lo ha tenido. Otro dato que apoya este hecho es la significación: en todos los casos, el dato es mayor de .05, por lo que esta relación no es significativa.

Además, la columna β nos da el dato de cuánto han puntuado de más o de menos en base a la categoría de referencia. De ella podemos concluir también que la diferencia de puntuación entre los tres niveles de la Variable Independiente es muy pequeña.

Tabla 5*Análisis de regresión para las distintas dimensiones de la escala DOCS.*

	β	t	R ²	Sig.	ΔR	Cambio en F
VD: DOCS_CONTAMINACIÓN						
Paso 1			.001	.264	.006	1.334
COVID_SI	.071	1.544		.123		
COVID_NOLOSE	-.017	-.376		.707		
VD: DOCS_DAÑO_DESASTRE						
Paso 1			.004	.341	.004	1.079
COVID_SI	.065	1.411		.159		
COVID_NOLOSE	-.012	-.266		.790		
VD: DOCS_PENSAMIENTOS INACEPTABLES						
Paso 1			.002	.588	.002	.531
COVID_SI	.034	.738		.461		
COVID_NOLO SE	.036	.790		.430		
VD: DOCS_SIMETRÍA						
Paso 1			.010	.099	.010	2.321
COVID_SI	.082	1.795		.073		
COVID_NOLOSE	.062	1.364		.173		

De la misma forma podríamos concluir con los datos de la Tabla 5. Igualmente, la R², que es la que apunta el porcentaje de datos explicado por el modelo, aporta un dato extremadamente bajo. La significación, de igual manera, supera el .05, por lo que no nos proporciona datos significativos desde el punto de vista estadístico. Por último, se analizan los datos aportados por la columna β : del mismo modo que en el OCI-R, la diferencia de puntuaciones entre los tres niveles de la Variable Independiente es minúscula.

HIPÓTESIS 2: EXISTE RELACIÓN ENTRE HABER PADECIDO CORONAVIRUS Y EL TENER PUNTUACIONES MÁS ALTAS EN TOC.

Para descubrir los resultados de la segunda hipótesis planteada anteriormente, se procedió a llevar a cabo una comparación de medias en los tres grupos de la Variable Independiente “Positivo en coronavirus”. La comparación de medias fue en concreto realizada a partir de las puntuaciones totales en el cuestionario OCI-R y en la escala DOCS.

Centrándonos en los datos, la puntuación media más alta en el cuestionario OCI-R la dieron los pacientes que no sabían si habían padecido la COVID-19 con certeza (M = 22.96), seguidos de las personas que sí lo habían padecido (M = 20.62), situándose al final la puntuación media de las personas que no lo habían padecido (M = 18.85).

Por otro lado, la puntuación media más alta en la escala DOCS la dieron el grupo de participantes que sí había padecido el coronavirus durante la etapa pandémica ($M = 17.79$), seguidos por los participantes que conformaban el grupo que no sabía si había padecido el coronavirus ($M = 16.54$), encontrándose de nuevo a la cola la puntuación media del grupo que no había padecido la COVID-19 durante la pandemia ($M = 15.29$).

En los datos, recogidos también en la *Tabla 6*, se observa que en el cuestionario OCI-R la puntuación media más alta no fue la del grupo que había dado positivo en coronavirus, sino la de los que no sabían si lo habían padecido. En contraposición, al revisar los datos de la escala DOCS, sí coincide que la puntuación media más alta es la de las personas que han padecido la COVID-19 durante la pandemia.

Tabla 6

Comparación de medias en la Variable Independiente “Positivo en coronavirus”

Niveles de la VI	Puntuación media en el cuestionario OCI-R	Puntuación media en la escala DOCS
No	18.85	15.29
No lo sé	22.96	16.54
Sí	20.62	17.79

Al ser las medias obtenidas tan similares, se procede a hacer un análisis de regresión con el fin de conocer si el haber padecido coronavirus, no haberlo padecido, o no saberlo con certeza, predicen la puntuación total que se logra en los dos cuestionarios de TOC: el cuestionario OCI-R y la escala DOCS. Los resultados a este análisis se presentan en la *Tabla 7*. La Variable Independiente utilizó la misma codificación que en la hipótesis anterior, de tal forma que tenemos dos variables (COVID_SI y COVID_NOLOSE), partiendo de la categoría de referencia que es el “No”, que siempre toma el valor de 0.

Tabla 7

Análisis de regresión de las puntuaciones totales de los cuestionarios de TOC.

	β	t	R^2	Sig.	ΔR	Cambio en F
VD: OCI-R TOTAL						
Paso 1			.003	.186	.007	1.686
COVID_SI	.052	1.129		.260		
COVID_NOLOSE	.071	1.554		.121		
VD: DOCS_TOTAL						
Paso 1			.006	.254	.006	1.375
COVID_SI	.074	1.626		.105		
COVID_NOLOSE	.022	.483		.629		

Se puede observar en la columna de R^2 que el porcentaje de casos explicado, tanto el el OCI-R, como en el DOCS, es muy pequeño. Por otro lado, la significación supera con creces el .05, por lo que los datos aportados no son significativos. En la columna β se observa, por otro lado, que las diferencias de puntuación entre los distintos niveles de la Variable Independiente son muy pequeños, por lo que es otro dato más que apoya el hecho de que haber pertenecido a uno de los niveles de la VI no predice la puntuación en los cuestionarios de Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

HIPÓTESIS 3: RELACIÓN ENTRE PUNTUACIONES ALTAS EN DEPRESIÓN Y PUNTUACIONES ALTAS EN LOS CUESTIONARIOS DE TOC.

Para analizar los resultados de la tercera hipótesis, se tomaron los datos de las puntuaciones totales a los tres cuestionarios que se pasaron a los participantes: el cuestionario OCI-R, la escala DOCS y el BDI-II. A partir de estos datos, se procedió a hacer un análisis correlacional, en concreto, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para conocer cómo se relacionaban las variables que se querían investigar en esta hipótesis.

Primero, se encuentra que existe una relación positiva y significativa entre los resultados del cuestionario OCI-R y la escala DOCS ($r = .69$). Además de esta relación, se hizo correlacionar la puntuación entre el cuestionario OCI-R y el BDI-II, de lo cual también se descubrió una relación positiva y significativa entre ambas variables ($r = .51$). Al igual que se hizo con el OCI-R, se correlacionó la puntuación total en la escala DOCS con la puntuación total en el BDI-II, de lo cual también se encontró una relación positiva y significativa entre ambas variables ($r = .59$).

De ello se extrae la idea de que cada variable correlaciona con las otras dos de forma positiva y significativa. La correlación más alta fue entre los cuestionarios que medían Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Al correlacionar el BDI-II con cada uno de los cuestionarios, encontramos que la correlación es más alta con el DOCS que con el OCI-R, aunque ambos datos son bastante altos. Las correlaciones al completo se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8

Coef. de correlación de Pearson entre las puntuaciones totales al OCI-R, DOCS y BDI-II

	Puntuación total en el OCI-R	Puntuación total en el DOCS	Puntuación total en el BDI-II
Puntuación total en el OCI-R	1		
Puntuación total en el DOCS	.688**	1	
Puntuación total en el BDI-II	.506**	.586**	1

4.- DISCUSIÓN.

El impacto de la COVID-19 en la salud mental de la población en general es aún desconocido (French y Line, 2020). Con más claridad pueden verse sus efectos en la población clínica, es decir, la población que presentaba algún tipo de trastorno psicológico con anterioridad. Entre estos trastornos se encuentra el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), del cual se esperaba una exacerbación de los síntomas (Littman et al., 2020), hecho que no ha quedado tan constatado tras realizar diferentes estudios empíricos, a los que se hizo referencia en el apartado introducción.

Tras la revisión de la literatura científica, se decidió centrar la atención en conocer cómo había afectado la pandemia a la población no clínica, valorando primero si eran responsables con respecto a las medidas impuestas por el gobierno. Los resultados fueron bastante controvertidos, siendo el uso de la mascarilla la medida más apoyada por la población, probablemente por su obligatoriedad en España. Los datos contrastan bastante con los aportados en el estudio de Knowles y Olatunji (2020), que recogían un 87% de cumplimiento de distancia social, un 88% de cumplimiento del procedimiento del lavado de manos y un 75% de desinfección de superficies. En nuestra muestra, los porcentajes eran más bajos, encontrando, en cada caso, un 70.7%, un 40.7% y un 41.1%, respectivamente. De ello, podemos concluir que la muestra recogida sigue poco las normas COVID.

Además, en base a las hipótesis planteadas, se les pidió que rellenaran dos cuestionarios sobre TOC (el cuestionario OCI-R y la escala DOCS) y uno de depresión (el Inventario de Depresión de Beck-II), a partir de los cuales se recogieron los datos en los que se basa este estudio.

Con respecto a la primera hipótesis planteada, se observa que el subtipo de TOC más probable de producirse no es el de lavado o contaminación como se había contemplado al inicio de este estudio. En el cuestionario OCI-R, la puntuación media más alta fue para la subescala Orden (*“Me inquieta que los objetos no estén colocados en orden”*); mientras que la puntuación más alta en la escala DOCS fue la de la dimensión “preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte” (*“Dudar de si ha cometido un error que podría hacer que sucediera algo horrible o perjudicial”*). La segunda mayor puntuación media en ambos instrumentos sí fue la subescala Lavado y la dimensión Contaminación, respectivamente. La explicación que puede darse a este suceso es que es probable que las personas estén más preocupadas por mantener en orden sus objetos personales con el fin de contaminarlos lo menos posible, en relación a los resultados arrojados por el OCI-R; y también se preocupan más por no “pillar” el virus por como eso pueda afectar a otras personas cercanas (por ejemplo, infectando a un familiar e riesgo) que por sí mismos, en relación a los datos extraídos de la escala DOCS. Este hecho se apoya en el estudio llevado a cabo por Fontenelle et al. (2021), que señala que la sintomatología de Simetría y el Miedo a hacer daño, tanto a uno mismo como a otros, es más frecuente que la severidad en la sintomatología de Contaminación.

En cuanto a la segunda hipótesis, se vislumbran dos resultados distintos, dependiendo del cuestionario en el que se centre la atención. Por un lado, la puntuación media más alta en el cuestionario OCI-R fue para las personas que no sabían con certeza si habían padecido o no el coronavirus. La explicación a este fenómeno puede ser que el hecho de tener la incertidumbre de no saber con seguridad si se ha padecido o no esta enfermedad hace que se tomen muchas más medidas en cuanto a la limpieza y a la higiene que en el caso de haberla padecido y saberlo o directamente no haber padecido el coronavirus. Por otro lado, en la escala DOCS, la puntuación media más alta sí coincide con la de la muestra que sí había padecido coronavirus, lo que desde esta escala sí mantiene nuestra hipótesis inicial. Tras haber revisado literatura científica al respecto, desde mi conocimiento, no he hallado datos de otras investigaciones que apoyen o refuten la hipótesis planteada.

Cabe destacar que se llevó a cabo un análisis de regresión con el fin de observar si existía algún patrón entre los distintos grupos de la Variable Independiente, esto es, si existían diferentes perfiles entre personas que habían pasado el coronavirus, personas que no lo habían pasado, y personas que no sabían con certeza si lo habían padecido o no. De este hecho se concluye que no, no existe ningún perfil concreto que explique las puntuaciones en los cuestionarios pasados acerca del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, por lo que una variable no predice a la otra.

Finalmente, en lo referente a la tercera hipótesis, se atiende a que existen correlaciones altamente positivas y significativas entre el cuestionario OCI-R y el BDI-II; y este mismo tipo de relación también se observa entre la escala DOCS y el Inventario de Depresión de Beck-II. Esto quiere decir que puntuaciones altas en los cuestionarios de TOC se traducen también en puntuaciones altas en el cuestionario de depresión, siendo la relación entre los tres cuestionarios directa. Esto apoya la alta comorbilidad que existe entre la depresión y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. De esta forma, los resultados arrojados por el tratamiento estadístico mantienen nuestra tercera hipótesis. Los resultados obtenidos coinciden con los obtenidos en el estudio llevado a cabo por Yap, Mogan y Kyrios (2012), que encuentran relaciones significativas entre la depresión y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo; y también con los datos obtenidos por Storch et al. (2012), donde se encontró una correlación muy positiva entre la severidad de la sintomatología obsesivo-compulsiva y los síntomas depresivos. En contraposición a estos datos, se encuentran los de Rickelt et al. (2016), que observan una relación que no es significativa entre los síntomas obsesivo-compulsivos y el curso de los síntomas depresivos.

Este estudio no está carente de limitaciones. La principal limitación encontrada fue el hecho de que, por motivos de tiempo, no se pudo llevar a cabo un estudio longitudinal. Esto hubiera sido ventajoso de cara a poder comparar medias entre los mismos grupos con el fin de conocer si los resultados variaban en función del tiempo y del avance de la pandemia. Otra limitación de este estudio fue el no tener un grupo control que estuviera diagnosticado de Trastorno Obsesivo-Compulsivo con el que comparar los datos extraídos de nuestra muestra.

Por otro lado, en el momento de recogida de datos, no se preguntó a los participantes acerca de su lugar de residencia. Esto puede afectar a la validez geográfica de este estudio. Además, tampoco se les preguntó acerca de al ámbito al que pertenecían (por ejemplo, si trabajaban en el ámbito sanitario), lo que puede generar un sesgo en relación a algunos datos concretos recogidos, como pueden ser el alto porcentaje de positivos por COVID-19 presente en esta investigación.

Algo que sería interesante investigar de cara a futuras investigaciones es el hecho de si existen ciertos subtipos de Trastorno Obsesivo-Compulsivo que tengan más comorbilidad con la depresión que otros; y también si el pertenecer a diferentes grupos de edad predice el comportamiento que se tiene hacia la situación pandémica actual.

CONCLUSIONES.

Tras haber llevado a cabo todo este estudio, las conclusiones extraídas son las siguientes:

- El subtipo de TOC más probable es el de Orden y el de “preocupación por ser responsable de daño, lesión o mala suerte”, por encima del de Lavado o Contaminación.
- Depende del cuestionario en el que nos basemos, existe relación entre haber padecido coronavirus y tener puntuaciones más altas en TOC. Esta premisa ocurre en el caso de que fijemos nuestra atención en la escala DOCS, pero no ocurre en el cuestionario OCI-R.
- No existe valor predictivo entre la Variable Independiente haber padecido COVID durante la pandemia y las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de TOC, ya sea en la puntuación total o en los diferentes subtipos evaluados.
- Existen claras relaciones positivas y significativas entre las puntuaciones en los cuestionarios de TOC y de depresión, siendo esta relación directa: a mayor puntuación en los cuestionarios que miden Trastorno Obsesivo-Compulsivo, mayor puntuación en el BDI-II.

5.- BIBLIOGRAFÍA.

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E. A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180-198.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.87.1.49>
- Alonzi, S., La Torre, A., & Silverstein, M. W. (2020). The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S236-S238. <https://doi.org/10.1037/tra0000840>
- Altıntaş, E., & Taşkintuna, N. (2015). Factors Associated with Depression in Obsessive-Compulsive Disorder: A Cross-Sectional Study. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(4), 346–353. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7657>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Madrid, España: Editorial Panamericana.
- Bados, A. (2017). *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia, Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.
- Basile, B.; De Sanctis, B.; Fadda, S.; Luppino, O. I.; Perdighe, C.; Salianni, A. M.; Tenore, K.; & Mancini, F. (2018). Early life experiences in OCD and other disorders: a retrospective observational study using imagery with re-scripting. *Clinical Neuropsychiatry*. 15(5), 299-305.
- Beck, A. T.; Rush, A.J.; Shaw B. F.; & Emery G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclée Brower.

- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E., & Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 249-256.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Carrobbles, J. A. (2014). Trastornos depresivos. En Caballo, V.E; Salazar, I. C. & Carrobbles, J. A. (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 339-368). Madrid: Pirámide.
- Cath, D. C., Nizar, K., Boomsma, D., & Mathews, C. A. (2017). Age-Specific Prevalence of Hoarding and Obsessive Compulsive Disorder: A Population-Based Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(3), 245–255. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.11.006>
- Coles, M. E., Wirshba, C. J., Nota, J., Schubert, J., & Grunthal, B. A. (2018). Obsessive compulsive disorder prevalence increases with latitude. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.04.001>
- Cruzado-Rodríguez, J. A. (2014). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En Caballo, V.E; Salazar, I. C. & Carrobbles, J. A. (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 246-289). Madrid: Pirámide.
- Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D., & Mario, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research*, 291, 113213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>
- Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 1-4.

- Fontenelle, L. F., Albertella, L., Brierley, M. E., Thompson, E. M., Destrée, L., Chamberlain, S. R., & Yücel, M. (2021). Correlates of obsessive-compulsive and related disorders symptom severity during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.046>
- French, I., & Lyne, J. (2020). Acute exacerbation of OCD symptoms precipitated by media reports of COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 291–294. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.61>
- García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo Prats, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4051>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta según sexo, país de nacimiento y grupo de edad. Población de 15 y más años*. Recuperado el 20 de abril de 2021 de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p04/&file=02010.px>
- Jelinek, L., Moritz, S., Miegel, F., & Voderholzer, U. (2021). Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity? *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102329. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102329>
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2021). Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102323. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102323>
- Kugler, B. B., Lewin, A. B., Phares, V., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. *Psychiatry Research*, 206(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.006>
- Kujawa, A., Green, H., Compas, B. E., Dickey, L., & Pegg, S. (2020). Exposure to COVID-19 pandemic stress: Associations with depression and anxiety in emerging adults in the United States. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1280–1288. <https://doi.org/10.1002/da.23109>

- Littman, R., Naftalovich, H., Huppert, J. D., & Kalanthroff, E. (2020). Impact of COVID -19 on obsessive–compulsive disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(12), 660–661. <https://doi.org/10.1111/pcn.13152>
- Liu, Y., Chen, H., Zhang, N., Wang, X., Fan, Q., Zhang, Y., Huang, L., Hu, B., & Li, M. (2021). Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 278, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004>
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- Ministerio de Sanidad. (2020). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria (2). Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Munk, A. J. L., Schmidt, N. M., Alexander, N., Henkel, K., & Hennig, J. (2020). Covid-19—Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLOS ONE*, 15(8), e0236688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236688>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Osland, S., Arnold, P. D., & Pringsheim, T. (2018). The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry Research*, 268, 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.018>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>

- Plunkett, R., Costello, S., McGovern, M., McDonald, C., & Hallahan, B. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on patients with pre-existing anxiety disorders attending secondary care. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.75>
- Rickelt, J., Viechtbauer, W., Lieveise, R., Overbeek, T., van Balkom, A. J., van Oppen, P., van den Heuvel, O. A., Marcelis, M., Eikelenboom, M., Tibi, L., & Schruers, K. R. (2016). The relation between depressive and obsessive-compulsive symptoms in obsessive-compulsive disorder: Results from a large, naturalistic follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 203, 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.009>
- Rivera, R. M., & Carballea, D. (2020). Coronavirus: A trigger for OCD and illness anxiety disorder? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S66.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00049-2](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00049-2)
- Sanz, J., Perdigón, A.L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.
- Shafran, R., Coughtrey, A., & Whittal, M. (2020). Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *The Lancet Psychiatry*, 7, 570-572.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., Karatzias, T., & Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, 6(6), 1–9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>

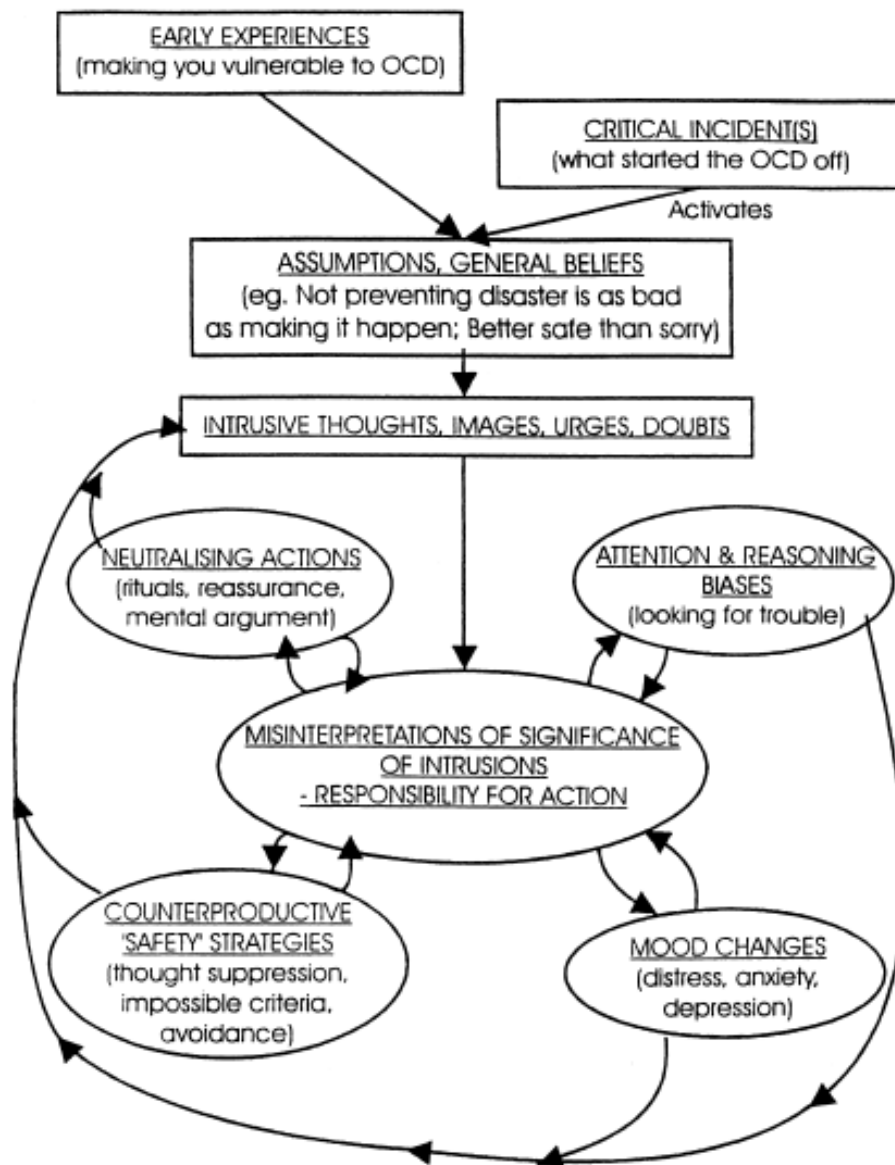
- Storch, E. A., Lewin, A. B., Larson, M. J., Geffken, G. R., Murphy, T. K., & Geller, D. A. (2012). Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: Clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research*, 196(1), 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.013>
- Storch, E. A., Sheu, J. C., Guzik, A. G., Schneider, S. C., Cepeda, S. L., Rombado, B. R., Gupta, R., Hoch, C. T., & Goodman, W. K. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on exposure and response prevention outcomes in adults and youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 295, 113597. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113597>
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., Eikelenboom, M., Rickelt, J., Schruers, K. R. J., & Anholt, G. E. (2017). The long-term association of OCD and depression and its moderators: A four-year follow up study in a large clinical sample. *European Psychiatry*, 44, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.03.009>
- Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., & Murphy, D. L. (2012). Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and ocd connection. *Depression and Anxiety*, 29(3), 226–233. <https://doi.org/10.1002/da.20908>
- Vázquez-Valverde, C., & Polaino-Lorente, A. (1982). «La indefensión aprendida» en el hombre: Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. *Estudios de Psicología*, 3(11), 69–89. <https://doi.org/10.1080/02109395.1982.10821320>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Nueva York: The Guilford Press.
- Yap, K., Mogan, C., & Kyrios, M. (2012). Obsessive-compulsive disorder and comorbid depression: The role of OCD-related and non-specific factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(5), 565–573. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.03.002>

AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría agradecer a todas las personas que me han ayudado, ya sea haciendo el cuestionario, o difundándolo. A mis padres, por escucharme hablar y hablar sobre este trabajo sin descanso; y a mi gato, Lilo, por estar allí haciéndome compañía mientras escribía este trabajo.

ANEXOS

ANEXO I. *Modelo del origen y mantenimiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (Salkovskis; 1985, 1999).*



ANEXO II. *Subescala Uso de Conductas Preventivas (UCP) del Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC), de Sandí et al. (2020).*

Estas son algunas de las conductas para evitar el contagio del coronavirus. Por favor, conteste seleccionando el Sí o el No según sea aplicable a usted.

1. ¿Utiliza siempre o casi siempre mascarilla cuando sale de casa?	Sí	No
2. ¿Utiliza siempre o casi siempre guantes cuando sale de casa?	Sí	No
3. ¿Mantiene siempre o casi siempre la distancia de seguridad con otras personas fuera de casa (al menos 2 metros)?	Sí	No
4. ¿Cree que se lava o desinfecta las manos con excesiva frecuencia?	Sí	No
5. ¿Desinfecta habitualmente los objetos y superficies con gel desinfectante, lejía, alcohol, etc.?	Sí	No
6. ¿Toma precauciones habitualmente al llegar del supermercado, lavando los alimentos, desinfectando el móvil o las llaves, etc.?	Sí	No
7. ¿Se protege habitualmente al tocar zonas de posible contagio, como pomos de puertas, ascensores, lectores de tarjetas de crédito, etc.?	Sí	No

ANEXO III. *Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised, OCI-R), adaptado por Fullana et al. (2005).*

A continuación, encontrará varias afirmaciones que se refieren a experiencias que muchas personas tienen en su vida cotidiana. En la columna de malestar señale el número que mejor describe cuanto le ha molestado o perturbado esa experiencia durante **el mes pasado**.

	Malestar				
	Nada	Casi nada	Algo	Bastante	Mucho
1. He guardado tantas cosas que me estorban.	0	1	2	3	4
2. Compruebo las cosas más veces de las necesarias.	0	1	2	3	4
3. Me inquieta que los objetos no estén colocados correctamente.	0	1	2	3	4
4. Me siento obligado a contar mientras hago cosas.	0	1	2	3	4
5. Encuentro muy difícil tocar un objeto cuando sé que ha sido tocado por extraños o determinadas personas.	0	1	2	3	4
6. Me resulta difícil controlar mis propios pensamientos.	0	1	2	3	4
7. Acumulo cosas que no necesito.	0	1	2	3	4
8. Compruebo puertas, ventanas, cajones, etc. reiteradamente.	0	1	2	3	4
9. Me siento muy alterado si los demás cambian la forma en la que he colocado las cosas.	0	1	2	3	4
10. Siento que tengo que repetir ciertos números.	0	1	2	3	4
11. A veces tengo que lavarme o limpiarme simplemente porque me siento contaminado.	0	1	2	3	4
12. Pensamientos desagradables acuden a mi mente contra mi voluntad y no me puedo librar de ellos.	0	1	2	3	4
13. Evito tirar cosas porque tengo miedo de que pueda necesitarlas más tarde.	0	1	2	3	4
14. Compruebo reiteradamente las llaves del gas, los grifos y los interruptores de la luz después de haberlos cerrado o apagado.	0	1	2	3	4
15. Necesito que las cosas estén colocadas en cierto orden.	0	1	2	3	4
16. Creo que hay números buenos y malos.	0	1	2	3	4

17. Me lavo las manos con más frecuencia o durante más tiempo de lo necesario.	0	1	2	3	4
18. Tengo pensamientos asquerosos u horribles y me cuesta librarme de ellos.	0	1	2	3	4

ANEXO IV. Escala Dimensional Obsesivo-Compulsiva (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale, DOCS), adaptada por Fullana, López-Sola y Pertusa (2010).

En este cuestionario se le pregunta sobre 4 tipos de preocupaciones diferentes que puede que usted esté (o no esté) experimentando. Para cada tipo de preocupación, hay una descripción del tipo de pensamientos (a veces llamados obsesiones) y conductas (a veces llamadas rituales o compulsiones) que son típicas de ese tipo de preocupación en particular, seguida de 5 preguntas sobre sus experiencias en relación con estos pensamientos y conductas. Por favor, lea cada descripción detenidamente y responda a las preguntas para cada categoría basándose en las experiencias que usted ha tenido **durante el último mes.**

Categoría 1: Preocupaciones relacionadas con gérmenes y contaminación
Ejemplos: - Pensar o sentir que está contaminado/a porque estuvo en contacto con ciertos objetos o personas o estuvo cerca de ellos. - Sentir que está contaminado/a porque estuvo en ciertos lugares (por ejemplo, un cuarto de baño). - Pensar en gérmenes, enfermedades o en la posibilidad de propagar la contaminación. - Lavarse las manos, usar desinfectante de manos, ducharse, cambiarse de ropa o limpiar objetos debido a preocupaciones sobre la contaminación. - Seguir una rutina determinada (por ejemplo, en el cuarto de baño o al vestirse) debido a la contaminación. - Evitar ciertas personas, objetos o lugares debido a la contaminación.
Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos y conductas relacionados con la contaminación durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número junto a su respuesta. 1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos de contaminación y las conductas de limpieza debidas a la contaminación? 0 Ninguno 1 Menos de una hora al día 2 Entre 1 y 3 horas al día 3 Entre 3 y 8 horas al día 4 Ocho horas o más al día 2. ¿Ha evitado situaciones para no tener pensamientos de contaminación o para no tener que pasar tiempo lavándose, limpiando o duchándose? 0 En absoluto 1 Evitación leve 2 Evitación moderada 3 Evitación grave 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Si ha tenido pensamientos de contaminación pero no ha podido limpiar, lavarse o ducharse (ni eliminar la contaminación de otra forma), ¿cuánto malestar o ansiedad ha tenido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por los pensamientos de contaminación y por limpiar, lavarse o ducharse de forma excesiva o realizar conductas de evitación?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos de contaminación y abstenerse de conductas como limpiar, lavarse, ducharse u otros rituales para descontaminarse, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 2: Preocupaciones relacionadas con causar daño, provocar lesiones o traer mala suerte

Ejemplos:

- Dudar de si ha cometido un error que podría hacer que sucediera algo horrible o perjudicial.
- Pensar que pueda haber ocurrido un accidente, desastre o daño físico terrible u otra desgracia y que usted no fue lo suficientemente precavido para evitarlo.
- Pensar que usted podía evitar algún daño o desgracia haciendo las cosas de una determinada manera, contando hasta cierto número o evitando determinados números o palabras “negativos”.
- Pensar que podía perder algo importante que es poco probable que pierda (por ejemplo, la cartera, papeles, documentos personales...).
- Comprobar cosas como cerraduras, enchufes, la cartera, etc. más de lo necesario.
- Comprobar repetidamente o preguntar a otras personas para asegurarse de que no ha pasado (o no va a pasar) algo malo.
- Repasar mentalmente cosas del pasado para asegurarse de que no hizo nada malo.
- Necesitar hacer las cosas en una secuencia determinada para evitar que ocurran cosas dañinas o desastres.
- Necesitar contar hasta cierto número o evitar ciertos números negativos por miedo a que ocurra algo malo.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con los pensamientos y conductas relacionados con causar daño o desastres durante el último mes. Recuerde que sus

experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos sobre posibles daños o desastres y las comprobaciones o esfuerzos para que le tranquilicen asegurándole que esas cosas no pasan (o no han pasado)?

- 0 Ninguno/
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones para no tener que comprobar si había algún peligro o para no tener que preocuparse por la posibilidad de haber causado algún daño o provocado algún desastre?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido pensamientos sobre la posibilidad de provocar algún daño o desastre, o en el caso de no poder comprobar o pedir que le tranquilizaran, ¿cuánto malestar o ansiedad ha sentido?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida su vida diaria (trabajo, colegio, cuidado personal, vida social) se ha visto afectada por los pensamientos sobre causar algún daño o provocar desastres, o por comprobar demasiado o pedir que le tranquilicen en exceso?

- 0 Mi vida no se ha visto afectada
- 1 Un poco afectada, pero en general funciono bien
- 2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien
- 3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar
- 4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre daños o desastres y abstenerse de comprobar o de solicitar a otros que le tranquilicen, ¿le resulta difícil?

- 0 En absoluto
- 1 Un poco difícil
- 2 Bastante difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 3: Pensamientos inaceptables/prohibidos

Ejemplos:

- Tener pensamientos desagradables sobre sexo, cosas inmorales o violencia que le vienen a la mente en contra de su voluntad.
- Pensar que podría hacer algo horrible, indecente o que le avergüence que en realidad usted no quiere hacer.
- Repetir una acción o hacer las cosas en una secuencia determinada debido a un mal pensamiento.
- Realizar mentalmente alguna acción o rezar para deshacerse de un pensamiento no deseado o desagradable.
- Evitar ciertas personas, lugares o situaciones que le provocan pensamientos no deseados o desagradables.

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias con pensamientos no deseados que vienen a su mente en contra de su voluntad y a comportamientos dirigidos a afrontar este tipo de pensamientos durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes de los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos desagradables no deseados y las acciones (físicas o mentales) que realiza debido a estos pensamientos?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares, objetos u otras cosas (por ejemplo, números o personas) que le desencadenan pensamientos no deseados o desagradables?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando le han venido a la mente pensamientos no deseados o desagradables en contra de su voluntad, ¿ha sentido ansiedad o malestar?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado
- 3 Ansiedad/malestar grave
- 4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) a causa de estos pensamientos no deseados o desagradables o por las acciones (físicas y/o mentales) para evitar o afrontar estos pensamientos?

- 0 Ningún tipo de alteración
- 1 Un poco de alteración, pero en general funciona bien
- 2 Bastantes cosas/aspectos están alteradas/os, pero todavía me manejo bien
- 3 Mi vida está alterada en muchos aspectos y tengo dificultades para afrontarla
- 4 Mi vida está completamente alterada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos no deseados o desagradables o dejar de realizar acciones (físicas o mentales) para afrontar estos pensamientos, ¿le resulta difícil?

- 0 Nada difícil
- 1 Un poco difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 3 Muy difícil
- 4 Extremadamente difícil

Categoría 4: Preocupaciones sobre simetría y la necesidad de que las cosas estén “bien” o “como tienen que estar”

Ejemplos:

- Necesitar que las cosas sean/estén simétricas, uniformes, equilibradas o exactas.
- Sentir que algo no está “del todo bien”.
- Repetir algo del día a día hasta que tiene la sensación de que lo ha hecho “bien” o “equilibradamente”.
- Contar cosas absurdas (por ejemplo, azulejos del techo, el número de palabras en una frase, etc.).
- Poner las cosas en un orden determinado cuando no es necesario.
- Tener que repetir algo de una manera determinada hasta que está “bien”.

Las siguientes preguntas se refieren a sus sensaciones de que algo no está “bien” y sus conductas dirigidas a conseguir una sensación de orden, simetría o equilibrio durante el último mes. Recuerde que sus experiencias pueden ser ligeramente diferentes a los ejemplos mencionados anteriormente. Por favor, rodee con un círculo el número situado junto a su respuesta.

1. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo le han ocupado al día los pensamientos no deseados sobre simetría, orden o equilibrio o las conductas dirigidas a conseguir simetría, orden o equilibrio?

- 0 Ninguno
- 1 Menos de una hora al día
- 2 Entre 1 y 3 horas al día
- 3 Entre 3 y 8 horas al día
- 4 Ocho horas o más al día

2. ¿Ha evitado situaciones, lugares u objetos asociados con sensaciones de que algo no estaba simétrico o no estaba “del todo bien”?

- 0 En absoluto
- 1 Evitación leve
- 2 Evitación moderada
- 3 Evitación grave
- 4 Evitación extrema de casi todas las cosas

3. Cuando ha tenido la sensación de que algo no estaba “del todo bien”, ¿ha sentido malestar o ansiedad?

- 0 Ningún malestar/ansiedad
- 1 Ansiedad/malestar leve
- 2 Ansiedad/malestar moderado

3 Ansiedad/malestar grave

4 Ansiedad/malestar extremo

4. ¿En qué medida se ha visto afectada su vida diaria (trabajo, escuela, cuidado personal, vida social) por la sensación de que las cosas no estaban “del todo bien”, y por los esfuerzos para conseguir que las cosas estuvieran en orden o como usted sentía que tenían que estar?

0 Mi vida no se ha visto afectada

1 Un poco afectada, pero en general funciono bien

2 Muchas facetas de mi vida están afectadas, pero a pesar de ello me manejo bien

3 Muchas facetas de mi vida están afectadas, y me cuesta funcionar

4 Mi vida está completamente afectada y no puedo funcionar en absoluto

5. Cuando intenta ignorar los pensamientos sobre la falta de simetría y orden, y no ceder al impulso de ordenar las cosas o de repetir ciertas conductas, ¿le resulta difícil?

0 Nada difícil

1 Un poco difícil

2 Moderadamente difícil

3 Muy difícil

4 Extremadamente difícil

ANEXO V. *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), adaptado por Sanz, Navarro y Vázquez (2003).*

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las 2 últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto.

1. Tristeza. 0 No me siento triste habitualmente 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste continuamente 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo
2. Pesimismo. 0 No estoy desanimado sobre mi futuro 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes 2 No espero que las cosas mejoren 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán
3. Sentimiento de fracaso. 0 No me siento fracasado 1 He fracasado más de lo que debería 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso 3 Me siento una persona totalmente fracasada
4. Pérdida de placer. 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes 1 No disfruto de las cosas tanto como antes 2 Obtengo muy poco placer de las con las que antes disfrutaba 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba
5. Sentimiento de culpa. 0 No me siento especialmente culpable 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable constantemente
6. Sentimiento de castigo. 0 No siento que esté siendo castigado 1 Siento que puedo ser castigado 2 Espero ser castigado 3 Siento que estoy siendo castigado
7. Insatisfacción con uno mismo. 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo 1 He perdido confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusto
8. Autocrítica. 0 No me critico o me culpo más que antes 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser

2 Critico todos mis defectos 3 Me culpo de todo lo malo que sucede
9. Pensamientos o deseos de suicidio. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo 2 Me gustaría suicidarme 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. Llanto. 0 No lloro más de lo que solía hacerlo 1 Lloro más de lo que solía hacerlo 2 Lloro por cualquier cosa 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo
11. Agitación. 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo
12. Pérdida de interés. 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas 3 Me resulta difícil interesarme por algo
13. Indecisión. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14. Inutilidad. 0 No me siento inútil 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser 2 Me siento inútil en comparación con otras personas 3 Me siento completamente inútil
15. Pérdida de energía. 0 Tengo tanta energía como siempre 1 Tengo menos energía de la que solía tener 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas 3 No tengo suficiente energía para hacer nada
16. Cambios en el patrón de sueño. 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño 1a Duermo algo más de lo habitual 1b Duermo algo menos de lo habitual 2a Duermo mucho más de lo habitual 2b Duermo mucho menos de lo habitual 3a Duermo la mayor parte del día 3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormir
17. Irritabilidad. 0 No estoy más irritable de lo habitual 1 Estoy más irritable de lo habitual 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual

3 Estoy irritable continuamente
18. Cambios en el apetito. 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual 2a Mi apetito es mucho menor que antes 2b Mi apetito es mucho mayor que antes 3a He perdido completamente el apetito 3b Tengo ganas de comer continuamente
19. Dificultad de concentración. 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo 3 No puedo concentrarme en nada
20. Cansancio o fatiga. 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer
21. Pérdida de interés por el sexo. 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar 2 Estoy menos interesado por el sexo ahora 3 He perdido completamente el interés por el sexo

ANEXO VI. Consentimiento informado.

HE SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO/A Y ENTIENDO QUE:

Con motivo de mi Trabajo de Fin de Grado, estoy llevando a cabo una investigación para conocer si el hecho de haber convivido con la COVID-19 ha hecho que la población adulta sea más vulnerable a padecer Trastorno Obsesivo-Compulsivo que antes de la pandemia.

Las respuestas se registrarán automáticamente y serán procesadas con un programa informático. Durante todo el proceso de investigación los datos serán tratados confidencialmente y con las garantías de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal. Ningún/a participante será identificado/a personalmente en la comunicación y publicación de los resultados. Se atenderá, según la práctica habitual, cualquier imprevisto, urgencia o problema sobrevenido durante el transcurso del estudio.

He sido informado/a, he podido consultar mis dudas, he entendido los objetivos del estudio y estoy de acuerdo en participar. Comprendo que mi participación es voluntaria, y autorizo a recoger y registrar las respuestas derivadas del cuestionario administrado.