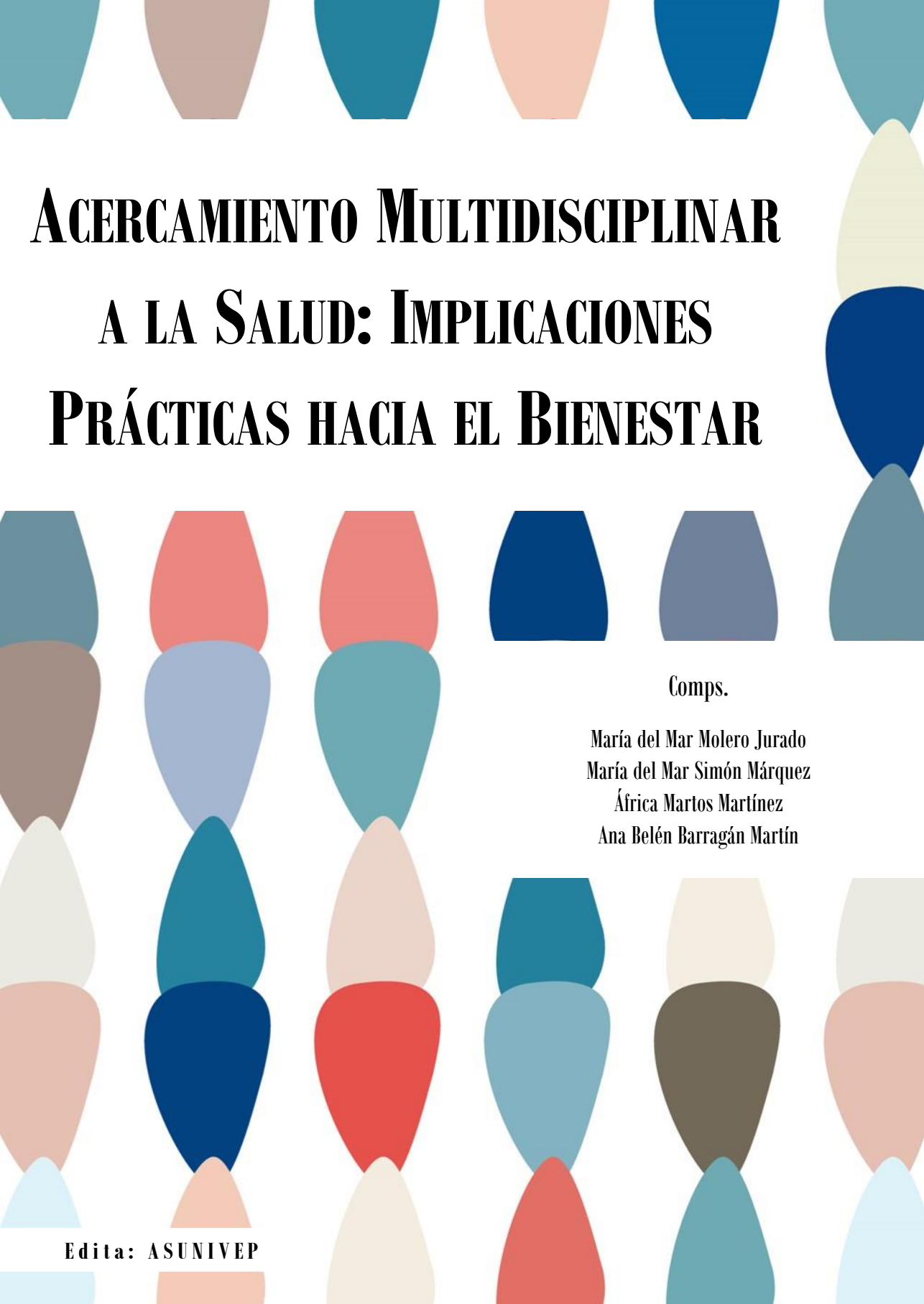




ACERCAMIENTO MULTIDISCIPLINAR A LA SALUD: IMPLICACIONES PRÁCTICAS HACIA EL BIENESTAR

Comps.

María del Mar Molero Jurado

María del Mar Simón Márquez

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

Edita: ASUNIVEP

Acercamiento multidisciplinar a la salud: Implicaciones prácticas hacia el bienestar

Comps.

María del Mar Molero Jurado

María del Mar Simón Márquez

África Martos Martínez

Ana Belén Barragán Martín

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Acercamiento multidisciplinar a la salud: Implicaciones prácticas hacia el bienestar”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: ASUNIVEP

ISBN: 978-84-09-44432-8

Depósito Legal: AL 2989-2022

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: ASUNIVEP

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

CAPÍTULO 1

Contaminantes y efectos en la salud de la impresión 3D

Héctor García González y María Teresa López Pola13

CAPÍTULO 2

El Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud

Paula Caro Seco de Herrera, Isabel María Perdigones Galán, y Fernanda Julia Da Silva Pires21

CAPÍTULO 3

BUDI (Buen Uso de internet): Programa de prevención dirigido a mejorar la salud y calidad de vida de los adolescentes

Sebastián Guillermo Risco Martínez, Andrea Vázquez Martínez, Víctor José Villanueva Blasco, Noelia Flores Robaina, y Cristina Jenaro Río27

CAPÍTULO 4

Conflictos éticos en profesionales de Enfermería ante la limitación del esfuerzo terapéutico en grandes prematuros

Alegría Luque Belmonte, Inés Santotoribio Parrado, y Aurora Granados Domínguez ...35

CAPÍTULO 5

Beneficios de la lactancia materna: Rol del personal de Enfermería

Raquel Pérez Gómez, Vanesa Navarro Villaescusa, y María de las Nieves López Fernández.....43

CAPÍTULO 6

Importancia de la Fisioterapia y la Terapia ocupacional en pacientes que padecen tiroides

Gemma María López Segura, Gloria Álvarez Maldonado, y Clara Isabel Manzano Montaña.....47

CAPÍTULO 7

Análisis mediacional de variables asociadas a la violencia en las relaciones de pareja

Aránzazu Vellaz Zamorano, Cristina Jenaro Río, Sonsoles Martín Martín, Alba Iglesias Antón, Victoria López Andrés, Aisa García Nasri, Noelia Flores Robaina, María José Bagnato Núñez, Marcela González Olmedo, y Andrea Vázquez Martínez53

CAPÍTULO 8

Auto-estigma, calidad de vida y apoyos en adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Victoria López Andrés, Noelia Flores Robaina, Alba Iglesias Antón, Aisa García Nasri, Cristina Jenaro Río, Sonsoles Martín Martín, Aránzazu Vellaz Zamorano, y Víctor José Villanueva Blasco..... 61

CAPÍTULO 9

Efectividad del vendaje neuromuscular: Estudio de caso

Inés Llamas Ramos, Jorge Juan Alvarado Omenat, y Rocío Llamas Ramos 69

CAPÍTULO 10

Higiene bucodental para la prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

Laura Rico Furones, Paloma Martínez Ortega, Antonio Jesús Moreno Bernal, Ana Font Ballester, Magdalena Martínez Castro, Andrea Romera Melgares, Juan Moya Ruiz, y María Rueda Rúa..... 77

CAPÍTULO 11

Comparación de la eficacia del uso de terapias complementarias para pacientes con Dolor Crónico

María del Carmen Martínez González, Sonia del Río Medina, María Roldán Pascual, Cristina Salar Andreu, Cristina Orts Ruiz, María Carmen Berenguer Úbeda, Inés González Sánchez, Vanesa Escudero Ortiz, Marina Leal Clavel, y Sergio Montero Navarro 91

CAPÍTULO 12

Abordaje en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo II

Víctor Gallego Herrera, Vanessa Roldán Barreiro, María José Sánchez Sánchez, Ana Martínez Sierra, Asensio Jesús Segado Sánchez, María de los Ángeles Blasco Rocamora, Enrique Sepúlveda González, Laura Vera Villegas, María José Hellín García, y Dolores María Martínez Buendía..... 99

CAPÍTULO 13

Abordaje de la Salud Mental en Atención Primaria: Rotación del Psicólogo Interno Residente

María José Gómez Ramírez..... 105

CAPÍTULO 14

Atención centrada en la persona y sus distintos modelos en España

Rocío Madrid López, Lucretia Daniela Manole, Sara Ponce Núñez, María del Pilar Núñez González, Víctor Gallego Herrera, María Fernández Morcillo, Araceli Balsera Cañas, Miguel Martínez Pedregal, Cristina Fernández Nova, y Ana Martínez Sierra 113

CAPÍTULO 15

Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica avanzada y fallo hepático

Elena Borrego García, Sara Pérez Moyano, y Alicia Martín-Lagos Maldonado119

CAPÍTULO 16

Epigastralgia en Pediatría de Atención Primaria y la precisa derivación la positividad de antígeno de Helicobacter Pylori en heces

Eva Pueyo Agudo, Álvaro Cobreros Pérez, y José María Ruiz Sánchez125

CAPÍTULO 17

Actualización en Pancreatitis Recurrente en pacientes pediátricos

Eva Pueyo Agudo, José María Ruiz Sánchez, y Álvaro Cobreros Pérez131

CAPÍTULO 18

Beneficios e inconvenientes para realizar Colecho con el recién nacido

Carmen Belén Arana Blandino, Celia María Mesa Cairón, y Alfredo Franco García ...137

CAPÍTULO 19

Los efectos de la práctica del yoga en diferentes problemas de salud relacionados con la Enfermería

Amanda Cantón Morales, Tania Segura Guillen, Pablo José López Quirós, Rocío Reina Cabrera, María Esperanza Rubio Martínez, y Claudia Vargas Ortiz143

CAPÍTULO 20

Influencia de la Enfermería en niños que presentan Diabetes Mellitus tipo I

Isabel María Oliver Jiménez, María Luisa Sánchez Martínez, y José Arcioles Fernández.....149

CAPÍTULO 21

Contaminación Radiactiva como problema de la Salud Publica

Miguel Ángel López García-Moreno, Laura Aranda Fernández, María Ángeles Arroyo Casielles, Sara Quintino Gargantilla, Andrea Braojos Fernández, Marta Fernández Sánchez, Víctor Romero Fernández, Inmaculada Fernández Perea, María Paloma Fernández Álvarez155

CAPÍTULO 22

Desarrollo de Software y dispositivos IoT que brinden apoyo a terapias de estimulación cognitivas en niños con retraso mental de origen genético

Juan Guillermo Torres Hurtado, Alba Francy Suarez Méndez, Alexander Gutiérrez-Sánchez, Carlos Andrés Collazos Morales, William Armando Álvarez Anaya, y Jelibeth Racedo Gutiérrez163

CAPÍTULO 23

Manejo de pacientes recién nacidos con distrés respiratorio: Cuidados médicos y de enfermería

María del Carmen López Castillo, Laura Fernández Carretero, y María Peñalver Castillo 171

CAPÍTULO 24

Manejo de la sepsis neonatal: Nuevos estándares de cuidados médicos y de enfermería

María del Carmen López Castillo, Juan Francisco Gálvez Pérez, y Laura Fernández Carretero 179

CAPÍTULO 25

Validación del Cuestionario Trabajo - Familia en el área de Gestión Humana de una Entidad Promotora de Salud en Bogotá D.C.–Colombia

Alexander Gutiérrez-Sánchez, Judith Patricia Beltrán Ramírez, Jaime Eduardo Sabogal Toro, Carlos Andrés Caldas, Carlos Andrés Collazos Morales, y Jelibeth Racedo Gutiérrez 187

CAPÍTULO 26

Manejo no farmacológico del Dolor y Estrés en neonatos hospitalizados

Abel Checa Peñalver, Laura Romera Álvarez, Pamela Vergara León, Cristina del Rocío Rodríguez López, Juan Emilio Navarro Rognoni, Blanca Espina Jerez, Manuel Arce Perea, y Patricia Domínguez Isabel 193

CAPÍTULO 27

Envejecimiento activo y calidad de vida: Revisión del autoconcepto en el envejecimiento

Macarena Cayuela Crespo, María Soledad Martínez Cerón, María Luisa Zapata Ballester, Laura Tudela de Gea, Juan Carlos Sánchez López, y Sara Guilló Conesa 199

CAPÍTULO 28

Cuidados Enfermeros en pacientes mastectomizadas

Estrella Jiménez Hernández, María Andrea Luque Quesada, y Leonor Maldonado Cuevas 207

CAPÍTULO 29

Educación para la salud sobre métodos anticonceptivos

Verónica Galán Marín, Luna López González, Antonio Jesús Santos Luna, Elena Córdoba Salamanca, Luz María Obregón Delgado, Álvaro Rojano Gálvez, Dolores Jiménez Prieto, Sheila Pulgarín Vilchez, Verónica Carmona Moreno, y María José García Soler 213

CAPÍTULO 30

El Espectro del Autismo y la complejidad de la comorbilidad psíquica asociada

David Vaquero Puyuelo, Teresa Bellido Bel, Ana González Gil, María Celia Martínez-Costa Montero, Laura Huerta Melús, Vicent Aznar Alemany, María Teresa Basanta Patiño, Marta Pastor Bernabéu, Marina Guarch Oncins, y Nuria Jordana Vilanova221

CAPÍTULO 31

Terapia Ocupacional y Fisioterapia en el paciente quemado

Ángela Gómez Vera, Milagros Cabrera Bravo, y María Carmen Vivas Martín229

CAPÍTULO 32

Implantación de algoritmos y nuevos parámetros bioquímicos para el diagnóstico precoz de dislipemias en nuestra área sanitaria

Jesús Gálvez Remón, Miguel Luque Zafra, y Enrique Salvador Jiménez-Varo235

CAPÍTULO 33

La vivencia de la sexualidad durante el embarazo

María Vega Zájara, Andrés Sebastián Ceballos Campos, y José Miguel Téllez Rey241

CAPÍTULO 34

Inspección antemortem y postmortem en mataderos de caprino: Hallazgos de lesiones compatibles con Tuberculosis en caprinos procedentes de campañas de saneamiento

Felicia Blanco Cañadas.....247

CAPÍTULO 35

Hemorragia suprarrenal: Revisión de una entidad clínica rara y manejo desde el punto de vista hematológico y urológico

Olga Benítez Hidalgo, Francisco José López Jaime, y Sara Díez Farto255

CAPÍTULO 36

El autoestigma: Intervención en Esquizofrenia

María Teresa Basanta Patiño, Marta Pastor Bernabéu, Marina Guarch Oncins, Nuria Jordana Vilanova, David Vaquero Puyuelo, Teresa Bellido Bel, Ana González Gil, María Celia Martínez-Costa Montero, Laura Huerta Melús, y Vicent Aznar Alemany261

CAPÍTULO 37

Síndrome de Burnout en personal de salud en la pandemia de la Covid-19: Una revisión sistemática

Dolores Jiménez Prieto, Carmen María Jiménez Prieto, Francisco Javier Sánchez Jiménez, Verónica Galán Marín, Sheila Pulgarín Vilches, Luna López González, María José García Soler, Verónica Carmona Moreno, Antonio Jesús Santos Luna, y Elena Córdoba Salamanca..... 269

CAPÍTULO 38

Papel de enfermería en la Deshabitación Tabáquica

Carlos Víctor Jiménez Calvo, Irene Debrán Álvarez, y Marina Florido Delgado 277

CAPÍTULO 39

Actualización de Vasculitis de Grandes Vasos

Elena María Gázquez Aguilera, Sergio Ferra Murcia, y Lucía Ocaña Molinero..... 283

CAPÍTULO 40

Cuidados enfermeros al paciente con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

Marina Florido Delgado, Irene Debrán Álvarez, y Carlos Víctor Jiménez Calvo 289

CAPÍTULO 41

Papel del profesional de enfermería en Trastornos Respiratorios del Sueño: Síndrome de apnea e hipopnea del sueño

Marina Florido Delgado, Irene Debrán Álvarez, y Carlos Víctor Jiménez Calvo 295

CAPÍTULO 42

Redes Sociales digitales y su influencia con la socialización en adultos de la ciudad de Bogotá, Colombia

Carlos Andrés Caldas, Jelibeth Racedo Gutiérrez, Juan Guillermo Torres Hurtado, Judith Patricia Beltrán Ramírez, Jaime Eduardo Sabogal Toro, y Carlos Andrés Collazos Morales..... 301

CAPÍTULO 43

Regulation of inflammatory profile, oxidative stress and mitochondrial metabolism according to the type of physical exercise and nutritional counseling in type 2 Diabetes Mellitus

Cristina Casals Vázquez, José Diego Santotoribio Camacho, Carmen Román Malo, Alberto Marín Galindo, Laura Ávila Cabeza de Vaca, María Rebollo Ramos, Rubén Aragón Martín, Andrea María González Mariscal, Juan Corral Pérez, & Jesús Gustavo Ponce González 311

CAPÍTULO 44

Papel de Enfermería en el Cuidado de Pie de Charcot con Riesgo de Amputación del MMII

Carmen Sánchez Alés, Eloina Valero Merlos, María Belén Navarro Navarro, Emilia Blanca Ortega, Laura Hernández Salvador, Ana Isabel Ruiz Ruiz, María Dolores Linuesa Pérez, María Salud Galdón Fernández, y Lucía Higuera Liébana.....319

CAPÍTULO 45

Las dietas hospitalarias como soporte nutricional

Alfonso López Castaño y María López Castaño.....327

CAPÍTULO 46

Efectos del masaje perineal para evitar el trauma perineal durante el parto: Una revisión sistemática

Cristina Salar Andreu, Sergio Montero Navarro, Jesús Manuel Sánchez Mas, Cristina Orts Ruiz, Javier Molina Payá, Sonia del Río Medina, María del Carmen Martínez González, y Jaime Morera Balaguer333

CAPÍTULO 47

Implantación de los prerrequisitos en industrias alimentarias

Mirian Garrucho Garrucho y José Delgado Mojarro343

CAPÍTULO 48

Eficacia de una estrategia educativa nutricional y el papel del ejercicio físico sobre las vías de señalización anabólicas en músculo esquelético y su relación con la microbiota intestinal en Diabéticos tipo II

Manuel Jesús Costilla Macías, Sonia Ortega Gómez, Adrián Montes de Oca García, Juan Corral Pérez, Alejandro Pérez Pérez, Daniel Velázquez Díaz, Belén María Palma Ruge, Laura Ávila Cabeza de Vaca, Alberto Marín Galindo, y Jesús Gustavo Ponce González349

CAPÍTULO 49

Manejo de la diabetes gestacional a través de la perspectiva ‘Realfooding’: Una revisión bibliográfica narrativa

Laura Romera Álvarez, Pamela Vergara León, Cristina del Rocío Rodríguez López, Abel Checa Peñalver, Blanca Espina Jerez, Juan Emilio Navarro Rognoni, Manuel Arce Perea, y Patricia Domínguez Isabel357

CAPÍTULO 50

Tratamiento asertivo comunitario en la atención de la Enfermedad Mental Crónica

Jaime Eduardo Sabogal Toro, Carlos Duván Páez Mora, Carlos Andrés Caldas, Verónica Tatiana Chaves, Anyela Mancilla Lucumi, y Vanessa Burbano Rivera 365

CAPÍTULO 51

Abordaje enfermero en el uso de la terapia compresiva en úlceras vasculares venosas

Ana Isabel Ruiz Ruiz, Eloina Valero Merlos, Laura Hernández Salvador, Lucía Higuera Liébana, María Dolores Linuesa Pérez, María Salud Galdón Fernández, Carmen Sánchez Alés, y Emilia Blanca Ortega 373

CAPÍTULO 52

Variables implicadas en la protección de conductas de riesgo en adolescentes: Una revisión sistemática

Maria Sisto, Begoña María Tortosa Martínez, María del Mar Simón Márquez, y Ana Belén Barragán Martín 381

CAPÍTULO 53

Las dificultades atravesadas por las enfermeras para ejercer liderazgo en diferentes ámbitos de la salud

Patricia Domínguez Isabel, Manuel Arce Perea, Juan Emilio Navarro Rognoni, Blanca Espina Jerez, Laura Romera Álvarez, Abel Checa Peñalver, Cristina Del Rocío Rodríguez López, y Pamela Vergara León 389

CAPÍTULO 8

Auto-estigma, calidad de vida y apoyos en adultos con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Victoria López Andrés*, Noelia Flores Robaina**, Alba Iglesias Antón**,
Aisa García Nasri**, Cristina Jenaro Río**, Sonsoles Martín Martín,
Aránzazu Vellaz Zamorano**, y Víctor José Villanueva Blasco***

**Universidad de Valencia; **Universidad de Salamanca;*

****Universidad Internacional de Valencia*

Introducción

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición de salud mental crónica e incapacitante asociada a una considerable angustia e interferencia con el funcionamiento cotidiano. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) lo define como un trastorno en donde la persona queda atrapada entre obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos persistentes, imágenes o impulsos, e ideas recurrentes que son experimentadas como inapropiadas y vividas con ansiedad o estrés al resultar inaceptables por quién las padece. Las compulsiones tienen que ver con conductas o actos mentales repetidos y estereotipados, que frecuentemente se ejecutan como respuesta a una obsesión y que van acompañadas, por lo general, de una urgencia irresistible para realizar el ritual, produciéndose una pérdida de control. Tanto las obsesiones como las compulsiones consumen una gran cantidad de tiempo, son reconocidas como excesivas o irracionales, no se deben a los efectos directos de sustancias o a una condición médica general y causan un elevado malestar o deterioro significativo del funcionamiento diario en la persona que las padece (Salcedo, Vásquez, y Calvo, 2011).

El TOC se encuentra entre los trastornos de ansiedad más habituales, con una prevalencia en la población general que oscila entre un 2 y 3% (Lozano-Vargas, 2017). La edad de inicio suele situarse en la adolescencia o comienzo de la vida adulta. Diferentes afecciones como la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de excoriación, el trastorno por tics o el trastorno por uso de sustancias, han mostrado una fuerte comorbilidad con el TOC en la edad adulta. Este, además, suele desarrollarse gradualmente y presenta un curso crónico. El deterioro que genera en el individuo puede ir desde moderado a muy grave, e incluso en algunos casos puede resultar totalmente incapacitante. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a este trastorno como la décima causa de discapacidad en el caso de los hombres y la quinta, en relación con las mujeres (Jacoby, Leonard, Riemann, y Abramowitz, 2014).

Dentro de las repercusiones más analizadas en relación con este trastorno destaca el deterioro de las relaciones sociales y de la esfera laboral o académica. Dichos ámbitos parecen encontrarse más afectados en pacientes con TOC que en aquéllos con otros padecimientos mentales o discapacidades físicas crónicas, lo que les provoca un marcado aislamiento social que, en algunos casos, puede llegar a una incapacidad total (Subramaniam, Soh, Vaingankar, Picco, y Chong, 2013).

Por tanto, detrás de esta panorámica de dependencia, el estigma y la calidad de vida adquieren un papel muy importante y, como tal, deben ser tenidos en cuenta para poder realizar un abordaje integral de este problema. Respecto al estigma y siendo éste un atributo que vincula a la persona con características indeseables y que proporciona una profunda desvaloración social, es posible identificar cuatro tipos: el interno o autoestigma, el familiar, el institucional y el público. En el caso de las personas con enfermedad

mental el más perjudicial suele ser el autoestigma, generando que sean las propias personas que lo padecen las primeras en juzgarse negativamente. Éste es definido como la forma en que las personas con enfermedad mental internalizan los estereotipos, las actitudes y percepciones negativas hacia la enfermedad y lo aplican a sí mismas, considerando que son miembros de un grupo socialmente devaluado (Corrigan, 2004). Numerosos estudios han demostrado que el autoestigma limita el acceso a los tratamientos, restringe las oportunidades de participación social, conlleva un peor bienestar personal, junto a sentimientos de vergüenza, escasa valía, baja autoeficacia o depresión (Corrigan, 2004; Quinn, Williams, y Weisz, 2015). En el caso de las personas con TOC, el autoestigma depende también del tipo de obsesiones que presente el individuo, siendo las menos aceptadas socialmente o aquellas con un alto contenido tabú (de tipo sexual, violento o religioso) las que presentan, a su vez, una percepción más estigmatizada. Todo ello supone una barrera importante a la hora de solicitar o poder beneficiarse del tratamiento, puesto que el miedo o vergüenza que experimenta la propia persona con TOC respecto a comunicar o revelar el contenido de dichas obsesiones al profesional sanitario, puede generar que no solicite la atención que precisa y no se adhiera o abandone el tratamiento antes de tiempo.

Por su parte, la calidad de vida, entendida como la forma en que las personas perciben su papel en la vida, así como sus metas, deseos y preocupaciones, también se ve afectada en las personas que padecen un trastorno mental (Barahmand, Tavakolian, y Alaei, 2014). Respecto al TOC, diferentes trabajos han concluido que estas personas, experimentan peor calidad de vida que la población general y que las personas aquejadas de otros padecimientos mentales como por ejemplo la esquizofrenia (Erkan Ekinci y Ekinci, 2019; Remmerswaal et al., 2020). Los autores aluden a que esto podría deberse al alto grado de conciencia que las personas con TOC tienen sobre su enfermedad. La situación empeora cuando la persona con TOC es estigmatizada públicamente o calificada como ‘enfermo mental’ y cuando a dicha etiqueta se le suma el grado de discapacidad (Jacoby et al., 2014; Subramaniam et al., 2013). De esta manera, la incapacidad generada por el TOC alcanzará todas las esferas de la vida del individuo produciéndole un marcado deterioro de la salud y de sus relaciones personales, laborales y sociales (Remmerswaal et al., 2020). La provisión de apoyos será, por tanto, fundamental para mejorar el ajuste y el funcionamiento de estos pacientes.

De acuerdo con lo anterior, se podría resumir el contexto de una persona con TOC como un sufrimiento mantenido a lo largo de muchos años por miedo a relatar lo que les sucede. Así, cuando la situación se les escapa de las manos piden ayuda. Para entonces ya se ha sufrido en silencio y soledad una guerra que les invade de impotencia y desesperanza. Por ello, incrementar la investigación y visibilizar las necesidades de este colectivo se hace una tarea imprescindible en aras a mejorar su atención psicosocial. En España y otros países de habla hispana, temas como el autoestigma o la calidad de vida de las personas con TOC han recibido una escasa atención. También son limitados los trabajos que hayan tenido en cuenta la visión de los propios afectados respecto a las implicaciones de vivir con dicha condición.

Con objeto de contribuir al conocimiento de estas cuestiones, con el presente trabajo pretendemos:

Identificar la presencia subjetiva de estigma y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en un grupo de adultos con TOC.

Conocer la percepción de las propias personas con TOC respecto al impacto de la enfermedad, los apoyos recibidos y las acciones a acometer para visibilizar las necesidades del colectivo.

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron una muestra de conveniencia formada por 24 personas (12 hombres y 12 mujeres) pertenecientes a diferentes asociaciones de TOC de España. Sus edades oscilaron entre los 18 y 54 años ($M=38,88$; $DT=10,24$). Respecto al estado civil, 17 (70,8%) participantes afirmaron estar solteros frente a 7 (29,2%) que indicaron estar casados o conviviendo con pareja. Sobre el nivel de estudio alcanzado, 13 (54,2%) personas indicaron haber concluido estudios universitarios frente a otros 7

(29,2%) que poseían otros niveles educativos como Formación Profesional o estudios primarios. Además, el 41,7% de los participantes se encontraba trabajando en el momento actual frente al 45,8% que manifestaron estar situación de desempleo.

Respecto al tiempo que llevaban diagnosticados con TOC, 10 (41,7%) participantes indicaron llevar más de 30 años con la enfermedad y los otros 14 (58,3%) afirmaron padecerla desde hace 15 años. En todos estos casos, el diagnóstico había tenido lugar en la adolescencia e inicio de la vida adulta. Además, el 83,33% de los participantes ($N=20$) afirmó no percibir ayudas económicas del Estado ni tener reconocida oficialmente su situación de discapacidad o dependencia frente al otro 16,66% ($N=4$) que sí manifestó recibir ayuda económica por su condición de discapacidad.

Instrumentos

Para la evaluación de la experiencia subjetiva de estigma, se empleó la Escala de Autoestigma de la Enfermedad Mental (ISMI) adaptada al español por Brohan et al. (2010). El ISMI es una prueba de autoinforme de 29 ítems agrupados cinco subescalas (alineación, interiorización de estereotipos, discriminación percibida, asilamiento social y resistencia al estigma). Dichos ítems se puntúan en una escala Likert de cuatro puntos (1 muy en desacuerdo a 4 muy de acuerdo). El instrumento ofrece una puntuación por cada subescala, así como una puntuación total que va de 1 a 4, considerándose la puntuación de 2,5 como punto de corte indicativo de la presencia de estigma (Bengoechea-Seco et al., 2018). Las cuatro primeras subescalas son directas y la escala de resistencia al estigma es indirecta. En este caso, es preciso invertir las puntuaciones de esta escala previo a la obtención de la puntuación total y para poder interpretar el conjunto de la escala. Este instrumento es uno de los más utilizados para evaluar el auto-estigma y cuenta con buenas propiedades psicométricas (Bengoechea-Seco et al., 2018). La fiabilidad obtenida para el total de la escala fue de $\alpha=0,90$.

Para evaluar la calidad de vida se utilizó la versión española del Cuestionario de salud SF-36 (Alonso, Prieto, y Antó, 1995). Se trata de un instrumento de autoinforme que ha sido ampliamente utilizado en la evaluación de la calidad de vida desde una perspectiva biopsicosocial. Se compone de 36 ítems que evalúan los estados positivos y negativos de la calidad de vida relacionada con la salud, a través de 8 dimensiones denominadas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. De manera adicional, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud respecto al año anterior. El SF-36 ofrece un perfil de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana (Arostegui y Núñez-Antón, 2008). Los diferentes ítems se responden en una escala tipo Likert que, en función de la dimensión a la que pertenezcan, suele tomar valores que oscilan desde 1 (Sí, me limita mucho) a 3 (no, no me limita nada), o desde 1 (siempre) a 5 (nunca), o desde 1 (No, ninguno) a 6 (sí, muchísimo). A lo largo de la escala hay 10 ítems que tienen una codificación inversa y que requieren ser invertidos antes de proceder a su computo y posterior interpretación. La obtención de las diferentes dimensiones se obtiene sumando la respuesta ofrecida a los ítems que componen cada dimensión. La puntuación total en cada una de las ocho dimensiones se interpreta de modo que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud o calidad de vida que presenta la persona. Además, se recomienda que para cada dimensión los ítems sean codificados, agregados y transformados en una escala que va desde un rango de 0 (el peor estado de salud o calidad de vida) a 100 (el mejor estado de salud o calidad de vida). En la población que nos ocupa, este instrumento ha sido utilizado como medida de la calidad de vida en distintos trabajos (Moritz et al., 2005; Rodríguez-Salgado et al., 2006). La fiabilidad obtenida con el estadístico alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0.94.

Además, se incluyeron ítems sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, diagnóstico, tiempo de padecimiento de la enfermedad, ayudas económicas recibidas) y tres preguntas abiertas elaboradas ad hoc para este estudio (¿cuál ha sido el impacto del TOC en su día a día?, ¿cuáles son y cómo definiría la calidad de los apoyos públicos?, ¿qué acciones se podrían llevar a cabo para visibilizar

las necesidades de las personas TOC?) para recabar la visión de los participantes respecto a su enfermedad y apoyos recibidos.

Procedimiento

El acceso a la muestra se hizo a través del contacto personal, telefónico y vía e-mail con los responsables de diversas asociaciones de TOC y salud mental ubicadas en diferentes provincias españolas (Almería, Granada, Cáceres, Madrid, Murcia, Salamanca y Zaragoza). A éstos, se les informó detalladamente del estudio entregando y enviando el cuadernillo de instrumentos donde también figuraba el protocolo a seguir, los objetivos de la investigación y el consentimiento informado. Para facilitar la participación, se realizó una copia del cuadernillo en formato on-line al cual se accedía a través de un enlace que se enviaba por correo electrónico a los participantes. En todo momento se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las respuestas emitidas. Todos los participantes accedieron a participar de forma voluntaria. Así mismo, los criterios de inclusión para tomar parte en el estudio fueron: tener 18 años o más, haber sido diagnosticado de TOC (conforme a los criterios de clasificación del DSM-IV) y que éste fuese el diagnóstico principal. Por su parte, los criterios de exclusión fueron: ser menor de 18 años y presentar comorbilidad con otras condiciones psiquiátricas (p.ej. depresión, ansiedad, etc.). Los datos se recogieron durante los meses de marzo a junio de 2019.

Análisis de datos

En el análisis de datos se emplearon estadísticos descriptivos y de tendencia central, esto es, frecuencias, porcentajes, media, desviación típica. Se empleó el programa SPSS v.23. Respecto al análisis de las preguntas abiertas, las respuestas fueron transcritas, categorizadas y analizadas según el análisis de contenido cualitativo propuesto por Mayring (2000).

Resultados

En relación con el primer objetivo consistente en identificar la presencia subjetiva de estigma y calidad de vida relacionada con la salud de los adultos con TOC, los resultados tras recodificar las puntuaciones obtenidas en la Escala ISMI en "presencia de estigma" (puntuaciones iguales o superiores a 2,5) y "no presencia de estigma" (puntuaciones inferiores a 2,5), pusieron de manifiesto que un 25% del total de la muestra experimenta auto-estigma como consecuencia del TOC. Concretamente, las áreas con mayor afectación del estigma fueron: aislamiento social (experimentado por un 39,9% de los participantes), escasa resistencia al estigma (39,3%) y alienación (35,7%).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos Calidad de Vida Relacionada con la Salud

	Media	Desviación Típica	Rango
Función física	71,04	26,41	0-100
Rol físico	22,92	38,95	0-100
Dolor corporal	52,50	25,31	0-100
Salud general	44,96	20,38	0-100
Vitalidad	39,58	18,23	0-100
Función social	51,56	29,79	0-100
Rol emocional	11,11	28,93	0-100
Salud mental	37,03	23,59	0-100

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), en la Tabla 1, se presentan las puntuaciones medias obtenidas en las diferentes dimensiones del SF-36. Teniendo en cuenta que, a mayor puntuación, mejor estado de salud y calidad de vida, los resultados denotan, por lo general, una baja percepción de calidad de vida en relación con la salud en la mayoría de las dimensiones, siendo especialmente relevante en las dimensiones de rol emocional, rol físico, salud mental, vitalidad y salud general, donde en ninguno de los casos las puntuaciones medias obtenidas alcanzan el valor medio del rango de las escalas, esto es, 50 puntos. Seguidamente, con objeto de conocer la percepción de las propias

personas con TOC respecto al impacto de la enfermedad en su vida y los apoyos institucionales recibidos, y así dar respuesta a nuestro segundo objetivo, se utilizaron tres preguntas abiertas incluidas en el cuestionario.

La valoración de las respuestas emitidas requirió su codificación y posterior categorización en función de los temas más recurrentes. Así, en primer lugar, respecto a la pregunta ¿cuál ha sido el impacto del TOC en su día a día?, los resultados reflejan que para el 87,5% de los participantes que respondieron a esta cuestión (N=21), la vivencia de la enfermedad en el día a día es muy limitante y les condiciona bastante. Esto es especialmente relevante en aspectos tales como la realización de las actividades de la vida diaria, la participación social o la inclusión laboral, tal y como se evidencia en algunos comentarios ofrecidos por los participantes ("El TOC me incapacita totalmente. Es peor que si estuviera en una cárcel" o "Esta enfermedad es un desastre y muy dolorosa. Me genera un estado de angustia y ansiedad constante y no puedo relacionarme socialmente, ni trabajar. Es muy frustrante").

Respecto a los apoyos percibidos se planteó la pregunta, ¿cuáles son y cómo definiría la calidad de los apoyos públicos? Las respuestas ofrecidas ponen de manifiesto una considerable insatisfacción con los apoyos públicos percibidos. En este sentido, el 54,2% de los participantes los calificó de nulos e ineficientes, mientras que un 33,3% los considera limitados. Tan sólo un 8,3%, esto es, dos participantes, los consideraron adecuados. Algunas evidencias al respecto se recogen en los siguientes comentarios: "Muy pero que muy limitados... faltan recursos y sobre todo con respecto al TOC falta de conocimiento"; "Ayuda de personas, son adecuadas, pero para la inserción laboral necesitaría más ayuda porque es muy difícil."

Respecto al tipo concreto de apoyos, encontramos que el único percibido por los entrevistados alude al apoyo público de tipo médico y/o psiquiátrico. De hecho, este fue señalado como insuficiente por un 58,33% de los participantes (N=14), tal y como se expresa en el comentario siguiente: "Psicólogos que sólo te pueden ver 15 minutos y psiquiatras que sólo te mandan pastillas. En general, no hay apoyos por desconocimiento de la enfermedad."

Por último, se preguntó a los participantes su opinión respecto a las acciones que se podrían llevar a cabo para sensibilizar a la sociedad respecto al TOC. Un porcentaje significativo de los participantes (54,2%) señaló que era importante trabajar las actitudes de la sociedad, con objeto de desmontar mitos y estereotipos asociados a esta enfermedad y que generan bastante estigma en los afectados ("Creo que sería necesario educar y dar información general tanto en los institutos como al conjunto de la población. Reducir el estigma, los estereotipos y aumentar la empatía con este tipo de pacientes (incluida la familia)").

Otro grupo significativo de participantes (33,3%), sin embargo, reclama el que existan más ayudas públicas y apoyo a las asociaciones, así como una mayor visibilización e implicación por parte de los organismos sociosanitarios hacia esta enfermedad. En este sentido, se aboga por una mayor concienciación, además de una mayor formación y especialización de los profesionales sociosanitarios en el trastorno. Así mismo, los participantes también señalan que la sanidad tendría que tener más en cuenta a este trastorno para que sea considerado igual de importante que otras enfermedades mentales. Todo lo que se desprende de los comentarios ofrecidos por algunos participantes: "Mucho más apoyo económico a las asociaciones que gestionan esta enfermedad y apoyo público tanto a nivel de formación médica como recursos para hacer una terapia en condiciones."; "Desde salud mental de los hospitales se les da más atención a enfermedades como la depresión, la esquizofrenia o el trastorno bipolar, etc. Y faltan profesionales que sepan, traten y se dediquen al TOC".

Finalmente, un 4,2% de los participantes se han referido a la eliminación de las barreras generadas por el autoestigma para conseguir dar más visibilidad a este colectivo ("Explicar cómo sufrimos los afectados de TOC. Los primeros en estigmatizar somos los propios afectados y no tendría que ser así. La aceptación de la enfermedad es dura pero primordial. El TOC cambia y altera totalmente tu vida y tienes que aprender a seguir adelante con él. Hay muchísima gente no diagnosticada y hablar de ello les ayudaría en un diagnóstico, un tratamiento, mejorar su calidad de vida.").

Discusión/Conclusiones

El presente trabajo ha permitido conocer la realidad a la que se enfrentan diariamente muchos adultos con TOC. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la presencia de un elevado autoestigma en la muestra analizada. Esta connotación negativa asociada a la condición de tener una enfermedad mental no sólo se traduce en una mayor internalización del estigma, sino que conlleva un mayor aislamiento social y alienación, tal y como evidencian otros trabajos previos (Subramaniam et al., 2013). La aceptación de las ideas y creencias relacionadas con el estereotipo social de la enfermedad mental que asumen estos pacientes impacta negativamente en las diferentes dimensiones de su salud y calidad de vida. En el presente trabajo hemos corroborado que las personas con TOC que aceptan internamente el estigma social impuesto a su condición presentan también peor salud física, mental y social y, por tanto, una peor calidad de vida, que quienes no internalizan tales estereotipos sociales. Resultados que coinciden plenamente con los hallazgos de estudios previos (Remmerswaal et al., 2020; Stergler-Wenzke, Kroll, Matsching, y Angermeyer, 2006).

Una de las principales contribuciones de este trabajo ha consistido en aportar datos sobre la percepción de las propias personas con TOC respecto al impacto de éste en su día a día y los apoyos recibidos, con el propósito de visibilizar sus necesidades y poder hacer propuestas que mejoren su participación e inclusión social. En este sentido, resultan de gran interés las opiniones de los participantes respecto al impacto de la enfermedad en la valoración subjetiva sobre su satisfacción general con la vida, algo que se refleja en aspectos como la poca autonomía o la incapacidad para realizar las actividades cotidianas, además de las dificultades que perciben de acceso al empleo o la escasa participación social. Resultados congruentes a los encontrados también en otros trabajos (Rodríguez-Acevedo, Toro-Alfonso, y Martínez-Taboa, 2009). Los resultados en cuanto a la percepción de apoyos, ponen en el punto de mira a las instituciones públicas, acentuando la insatisfacción general percibida por el colectivo respecto al tipo de apoyos recibido que parece limitarse, casi en exclusividad, al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. El denotado interés por controlar la enfermedad a través de la eliminación o reducción de sus síntomas centrales (i.e. obsesiones y compulsiones) y la eficacia demostrada de este tipo de tratamientos podrían explicar la superioridad del modelo médico en la provisión de apoyos al paciente. No obstante, la complejidad de este trastorno, los estereotipos y el estigma asociado al mismo, y la realidad en cuanto a las barreras que presentan los afectados a la hora de insertarse de manera plena y exitosa en la sociedad, requieren la adopción de enfoques holísticos e integradores que tengan en cuenta no sólo los aspectos biológicos y psicológicos inherentes a la enfermedad, sino también los sociales, económicos y culturales, pues todos ellos deben contribuir a la hora de proveer los apoyos adecuados que permitan la plena inclusión en la comunidad. A conclusiones similares llegan también otros autores que han analizado la situación de otros grupos minoritarios y tradicionalmente estigmatizados, como es el caso de la esquizofrenia o del VIH (Mestdagh y Hansen, 2014; Piedrahita, Palacios-Moya, Bermúdez-Román, y Posada-Zapata, 2018).

Al hilo de la mejora de la calidad de los servicios y apoyos públicos se encuentran las propuestas de los participantes para visibilizar el TOC, ya que unos buenos servicios y una buena política pública de salud mental son la clave para la inclusión desde la propia experiencia. En este sentido, la necesidad manifiesta de ofrecer más información sobre este trastorno a la sociedad en aras también a mejorar la calidad de la atención ofrecida por los profesionales y apostar así por el desarrollo de unas políticas sociales que eliminen el estigma y visibilicen el TOC, se considera una tarea imprescindible.

Referencias

- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, M.J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Arostegui, I. y Núñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud Short-Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barahmand, U., Tavakolian, E., y Alaei, S. (2014). Association of Metacognitive Beliefs, Obsessive Beliefs and symptom severity with Quality of Life in Obsessive-Compulsive patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 345-351. doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.005
- Bengoechea-Seco, R., Arrieta-Rodríguez, M., Fernández-Modamio, M., Santacoloma-Cabero, I., Gómez de Tojeiro-Roce, J., García-Polavieja, B., Gil-Sanz, D. (2018). Adaptación al español de la escala Internalized Stigma of Mental Illness para valorar el estigma personal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(4), 189-258. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.01.007
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G. y GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1065
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes with Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Erkan Ekinci, A. y Ekinci, O. (2019). Relation of quality of life with clinical and demographic features in patients with obsessive-compulsive disorder: the effect of insight and suicidality. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 32, 194-202. doi: 10.14744/DAJPNS.2019.00029
- Jacoby, R.J., Leonard, R.C., Riemann, B.C., y Abramowitz, J.S. (2014). Predictors of quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 55(5), 1195-1202. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.011
- Lozano-Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuropsiquiatría*, 80(1), 35-41.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Social Research*, 1(2), 1-10.
- Mestdag, A. y Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 79-87. doi: 10.1007/s00127-013-0729-4
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., y Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46(6), 453-459. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.04.002
- Piedrahita, L.B., Palacios-Moya, L., Bermúdez-Román, V. y Posada-Zapata, I.C. (2018). Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 76, 57-74. doi: 10.29101/crcs.v25i76.4336
- Quinn, D.M., Williams, M.K., y Weisz, B.M. (2015). From Discrimination to Internalized Mental Illness Stigma: The Mediating Roles of Anticipated Discrimination and Anticipated Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103-108. doi: 10.1037/prj0000136
- Remmerswaal, K.C.P., Batelaan, N.M., Hoogendoorn, A.W., van der Wee, N.J.A., van Oppen, P., y van Balkom, A.J.L.M. (2020). Four-year course of quality of life and obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 989-1000. doi: 10.1007/s00127-019-01779-7
- Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J., y Martínez-Taboa, A. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20, 7-32.
- Rodríguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Pérez-Rodríguez, Baca-García, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*, 6, 20. doi: 10.1186/1471-244X-6-20
- Salcedo, M., Vásquez, R., y Calvo, M. (2011). Trastorno obsesivo y compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131-144. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60109-8
- Strengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H. y Angermeyer, M.C., (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 662-668. doi: 10.1007/s00127-006-0077-8
- Subramaniam, M., Soh, P., Vaingankar, J.A., Picco, L., y Chong, S.A. (2013). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. *CNS Drugs*, 27(5), 367-383. doi: 10.1007/s40263-013-0056-z