

**TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:
*CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y
ESTIGMA EN EL ÁMBITO DOCENTE.***



Autora: Lorena Gallego Gandel

Tutora: Gemma García Soriano

Trabajo Final del Máster Universitario en Psicopedagogía

Universidad de Valencia

Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación

Valencia, Julio, 2014

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	6
2. <u>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</u>	9
2.1 DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL.....	9
2.2 IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES.....	10
2.3 MENTAL HEALTH LITERACY.....	11
2.3.1 RECONOCIMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES.....	12
2.3.2 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS.....	13
2.3.3 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA AYUDA.....	14
2.4 ESTIGMA Y TRASTORNOS MENTALES.....	15
2.4.1 TIPOLOGÍA DE ESTIGMAS.....	18
2.5 EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	19
2.5.1 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?.....	19
2.5.2 EPIDEMOLOGÍA.....	21
2.5.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TOC.....	22
2.5.4 CAUSAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	24
2.5.5 COMORBILIDAD.....	26
3. <u>JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS INICIAL DEL ESTUDIO</u>	28
4. <u>MÉTODO</u>	31
4.1 MUESTRA.....	31
4.2 INSTRUMENTO.....	32
4.2.1 CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO.....	32
4.2.2. DESCRIPCIÓN DE LA VERSIÓN DEFINITIVA DEL INSTRUMENTO.....	36

4.3 PROCEDIMIENTO.....	37
4.4 ANÁLISIS DE DATOS.....	38
5. RESULTADOS.....	39
5.1 CONOCIMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	39
5.1.1 RECONOCIMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	39
5.1.2 RECONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DEL TOC.....	40
5.1.3 CONOCIMIENTO Y CREENCIAS SOBRE LA AYUDA PROFESIONAL.....	41
5.2 ESTIGMA EN EL ÁMBITO DOCENTE.....	45
5.3 COMPARATIVA DE CONOCIMIENTOS Y ESTIGMA ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y DOCENTES DE SECUNDARIA.....	46
5.3.1 DIFERENCIAS DE RECONOCIMIENTO DEL TOC ENTRE DOCENTES DEINFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA.....	46
5.3.2 DIFERENCIAS DE CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA.....	47
5.3.3 DIFERENCIAS DE CREENCIAS SOBRE LA AYUDA ENTRE DOCENTES DE EDUCACIÓN INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA.....	48
5.3.4 DIFERENCIAS DE ESTIGMA ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA.....	51
6. DISCUSIÓN.....	52
7. CONCLUSIONES.....	58
7.1 MEJORA DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DOCENTE.....	58
7.2 IMPLICACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	59
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
9. ANEXOS.....	70
9.1 CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO Y ESTIGMA DOCENTE.....	70
9.2 VIÑETA SOBRE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO.....	72
9.3 VERSIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO.....	73

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: CREENCIAS, CONOCIMIENTOS Y ESTIGMA EN EL ÁMBITO DOCENTE.

Lorena Gallego Candel, Universidad de Valencia, 2014

RESUMEN

Introducción: *El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) está catalogado como un trastorno caracterizado por dos síntomas que otorgan el nombre de la patología; las obsesiones y las compulsiones. A pesar de la existencia de tratamientos eficaces, en muchas ocasiones, el trastorno no se reconoce, y en consecuencia, no se trata. La falta de conocimiento (por ejemplo, pobre alfabetización en salud mental (Mental Health Literacy)) sobre el trastorno obsesivo-compulsivo en el ámbito docente puede ser un impedimento para la búsqueda de ayuda profesional y tratamientos, y la consecuente cronificación del trastorno.* **Objetivos:** *El presente estudio intenta evaluar el conocimiento, las creencias y el estigma asociado al TOC en el ámbito docente. Concretamente, se plantean los siguientes objetivos: (1) conocer los niveles actuales de conocimientos sobre el TOC en el ámbito docente; (2) conocer si los docentes manifiestan conductas estigmatizantes con respecto al alumnado que padece un problema de este tipo, y (3) realizar una comparativa entre las diferencias existentes sobre conocimientos en salud mental entre docentes dedicados a la enseñanza en niveles de educación primaria, con los conocimientos presentados por profesorado en educación secundaria obligatoria.* **Método:** *Ciento veinte docentes de la población de Dénia (Alicante) participaron en la investigación cumplimentando un cuestionario en el que se pedía que leyeran una viñeta en la que se describía a un alumno con TOC y que evaluaba el conocimiento sobre salud mental que éstos poseían y el estigma asociado al mismo.* **Resultados:** *La mitad (50,8%) de los docentes reconocen en la viñeta presentada que los síntomas descritos se corresponden con un trastorno obsesivo-compulsivo. Además un 39,17% de los docentes reportan que este desorden está relacionado con aspectos de salud mental y que según un 95% de los encuestados se hace necesario la búsqueda de ayuda profesional para mejorar o tratar los síntomas. Respecto a los indicios de estigma hacia el sujeto descrito en la viñeta, los resultados muestran bajos niveles entre los docentes encuestados. Por otra parte, centrándonos en los conocimientos en TOC y en el estigma que poseen los docentes de educación infantil-primaria y los de secundaria, a rasgos generales, no se encuentran grandes diferencias.* **Conclusiones:** *La mayoría de los docentes encuestados afirman que existe necesidad de que el sujeto busque ayuda profesional. Sin embargo, el reconocimiento o categorización del trastorno y el conocimiento de las causas que*

lo provocan puede mejorar, por lo que se discute, por una parte, la necesidad de que los docentes reciban formación complementaria y apoyos de profesionales especializados en salud mental en los centros educativos, y por otra, el diseño, basándose en los componentes del MHL, de programas o talleres para aumentar el conocimiento sobre TOC entre los docentes de todas las etapas educativas.

Palabras Clave: *mental health literacy, TOC, trastorno obsesivo-compulsivo, estigma, docentes, creencias, prevención, intervención temprana, tratamiento.*

1. INTRODUCCIÓN

Estudios epidemiológicos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) revelan que aproximadamente un 20% de la población infantil y adolescente mundial padecen trastornos o problemas mentales, de los cuales, alrededor de la mitad, suelen manifestarse antes de los 14 años de edad.

Estos trastornos tienen unos porcentajes significativamente más elevados entre la población menor de 19 años, especialmente, en aquellas regiones o países cuyos gobiernos asignan menos recursos humanos y económicos al área de salud mental, por lo que aumenta en índice de cronicidad y severidad de la enfermedad.

Cabe destacar que, aproximadamente la mitad de todas las enfermedades mentales, incluyendo ansiedad, depresión, trastornos emocionales severos y trastorno de atención con hiperactividad, se inician en el periodo de la infancia y la adolescencia (Kirby y Keon, 2006), y aun teniendo un origen temprano, en ocasiones y debido a la falta de conocimientos sobre estos trastornos, pasan desapercibidos hasta la edad adulta, lo que tiene como consecuencia el empeoramiento de los síntomas asociados.

Por otra parte, el suicidio es una consecuencia frecuente en relacionada con los problemas o trastornos mentales. Se tiene conocimiento de que dos tercios de los adolescentes que padecen trastornos mentales no reciben ningún tipo de ayuda profesional, lo que desemboca en consecuencias como fracaso escolar, abuso de alcohol y/o sustancias estupefacientes, problemas dentro del núcleo familiar, e incluso, suicidio (unas 900. 000 personas, según la OMS, se suicidan cada año a causa de una enfermedad mental no tratada).

Estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud advierten que en el año 2020 aproximadamente un 50% de los niños y niñas, a nivel mundial, podrían estar afectados de un trastorno neuro-psiquiátrico, siendo una de las cinco causas comunes de morbilidad, incapacidad y mortalidad infanto-juvenil (Matey, 2001). Según datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, únicamente una minoría de niños/as y jóvenes (una quinta parte) con problemas de salud mental recibe ayuda profesional, y

los que lo reciben, en numerosas ocasiones suele ser en servicios inadecuados (FEAFES, 2011).

Tras estos breves datos, expuestos anteriormente, podemos comprobar que existen buenas razones para focalizar nuestra atención en el ámbito escolar, y especialmente, en los conocimientos docentes en referencia a la salud mental infanto-juvenil. En primer lugar, mientras los niños/as o adolescentes acuden a los centros educativos, pocos tendrán acceso a servicios de tratamientos en salud mental mediante el sistema de sanidad público, por su escasa detección temprana (Canadian Psychiatric Association, 2012); en segundo lugar, a través de estudios se ha puesto de manifiesto que la salud mental tiene un enorme impacto en el rendimiento académico del alumnado, así como en las tasas de abandono escolar (Koller y Bertel, 2006; Owens, Stevenson, Hadwin y Norgate, 2012); y en tercer lugar, la población infantil y adolescente permanece aproximadamente entre unas 5-6 horas al día en presencia de un profesional de la educación (Kirby y Keon, 2006), en ocasiones incluso más tiempo del que pasan en casa o realizando actividades de ocio, en presencia de los familiares.

Más que nunca se hace evidente la necesidad de que el ámbito docente esté al corriente de los trastornos que pueden padecer los alumnos y alumnas, y sobre todo de la provisión de servicios en salud mental de la que disponemos en nuestro sistema de sanidad pública, aunque debido a la escasa conciencia e información sobre salud mental, el profesorado tiene escasos apoyos externos para cumplir de manera efectiva su función (Short, Ferguson y Santor, 2009; Koller y Bertel, 2006).

Por ello, el propósito de este trabajo de fin de Máster es indagar sobre los niveles actuales de conocimientos y la conciencia sobre salud mental, concretamente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), en el ámbito docente, así como las conductas estigmatizantes que pueda tener el profesorado con respecto a los discentes que padecen estos trastornos. Considero el ámbito docente uno de los grupos que pueden realizar una detección temprana de posibles afecciones mentales, siendo éste, el paso previo al proceso de derivación del alumnado a profesionales en salud mental de manera precoz, con el objetivo de evitar una posible cronicidad de la problemática.

La investigación que aquí se presenta queda organizada mediante la siguiente estructura. En primer lugar, se delimita la investigación mediante una revisión actualizada de los

conceptos vertebradores del trabajo, es decir, el concepto "mental health literacy", nombrado por primera vez por Anthony Jorm en sus investigaciones, y el concepto de "trastorno obsesivo-compulsivo".

Una vez realizada una delimitación del estudio, mediante la fundamentación teórica, se planteará una justificación, así como unos objetivos generales y unas hipótesis iniciales para la investigación.

A continuación, haré un descripción del proceso de elaboración del material utilizado para conocer los conocimientos sobre salud mental que poseen los docentes, del proceso de pase piloto, de la elección de la muestra, así como del posterior proceso de aplicación del cuestionario elaborado.

Además, describiré el análisis de datos realizados, con el objetivo de presentar los resultados obtenidos, y así aportar algunas conclusiones generales de la investigación, de manera que, tomando como base las conclusiones y resultados, pueda realizar una discusión respecto al estudio en general, a las investigaciones de referencia plasmadas en la fundamentación teórica, a las limitaciones que puedan surgir, a las posibles vías de investigación futura o implicaciones del estudio y a la experiencia extraída a través del proceso de elaboración de la investigación de final de Máster.

Como todo proceso de investigación, deben quedar reflejadas las fuentes que apoyan el estudio, por lo que, se presentarán también las referencias bibliográficas utilizadas para la realización del estudio de investigación.

Para finalizar, se adjuntan los anexos que se consideran fundamentales para complementar la información aportada en el estudio.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Antes de focalizar la atención en el concepto vertebrador de la presente investigación, debemos remitirnos a un término sin el que no podríamos comprender la realidad del denominado "mental health literacy"¹.

2. 1 DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental no lo podemos categorizar únicamente como la ausencia o no presencia de trastornos mentales en el sujeto, sino que este término, en definiciones recientes, se ha reconceptualizado como el estado de bienestar donde la persona tiene conciencia de sus capacidades, pudiendo afrontar las tensiones de la vida y trabajar de manera productiva, siendo además, capaz de contribuir a su comunidad (OMS, 2009).

Una de las consecuencias que ha supuesto esta definición es que no podemos considerar la salud mental como algo absoluto, sino como un continuo, donde las personas pueden mejorar (e incluso empeorar) en la salud en general.

Por lo tanto, la salud mental abarca, tal y como exponen algunos autores, relaciones satisfactorias, pensamientos y comportamientos adaptativos, alta autoestima y estrategias de afrontamiento (Santor et al., 2009).

La Asociación Canadiense de Psiquiatría, define los trastornos de salud mental como "patrones significativos de funcionamiento comportamental o emocional que están asociados con un cierto nivel de angustia, sufrimiento (dolor, muerte), o alteraciones en una o más áreas de funcionamiento, tales como, el área escolar, laboral o la interacción social y/o familiar" (Canadian Psychiatric Association, 2012). Además estos trastornos mentales y sus criterios diagnósticos se hallan recopilados en las diferentes versiones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

¹ Traducido al español como "alfabetización en salud mental".

2.2 IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Una vez conocemos el concepto de salud mental y el de trastorno mental, debemos ahondar en las implicaciones para el paciente que padece esta falta de salud mental y para la sociedad en la cual está inmerso.

La falta de un adecuado y temprano tratamiento de los trastornos mentales implica numerosos inconvenientes, tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Respecto a las cargas personales, debemos apuntar que no recibir tratamiento para cualquier trastorno mental de manera precoz, lo cronifica, aumentando así, su gravedad, su dificultad para tratarlo posteriormente y, por supuesto, el riesgo de desarrollo de condiciones que favorezcan la comorbilidad o que sean desencadenantes de otras afecciones como, por ejemplo, úlceras, asma o hipertensión. Además, cabe apuntar que existen substanciales conexiones entre los trastornos mentales y el suicidio, por lo tanto, se trata de un impacto realmente negativo hacia los individuos que los padecen. Investigaciones recientes determinan que alrededor del 90% de los individuos que se suicidan cumplían criterios diagnósticos de enfermedades mentales en el momento de la muerte (Coles, Heimberg y Weiss, 2011).

Por último, no podemos hacer referencia al impacto de los trastornos mentales sobre la sociedad sin hacer alusión al área económica. Tal y como apuntábamos anteriormente, un no tratamiento de los trastornos mentales, cronifica la patología, y esto supone un obstáculo profundamente negativo para la economía y, especialmente, la sanidad de un país. Podemos decir que supone unas grandes cargas económicas, incluyendo costes directos, es decir, aquellos relacionados con el tratamiento de los trastornos mental y costes indirectos o asociados con la discapacidad por enfermedades mentales (Weiss, Balon y Layde, 2013).

2.3 MENTAL HEALTH LITERACY

"Mental health literacy" (MHL) o conocimiento en salud mental, fue un término que empezó a utilizarse en Australia por Anthony F. Jorm. en 1997 (Jorm et al., 1997). Se trata de un término que deriva del concepto de Health literacy (conocimiento en salud), haciendo referencia éste, en términos generales, a "las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para tener acceso, comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud" (Kickbush, 2001; pg. 289-297).

Ampliando el anterior concepto, podemos afirmar que MHL se define como "el conocimiento o creencias sobre los trastornos mentales, incluyendo su reconocimiento, manejo o prevención." (Jorm et al., 1997, pg. 182-186). Además esta definición abarca algunos componentes esenciales (Jorm et al., 1997; Lauber, Ajdacic-gross, Fritschi, Stulz, y Rössler, 2005; Coles, Heimberg y Weiss, 2011) como:

- la habilidad de reconocer desordenes específicos o diferentes tipos de trastornos psicológicos;
- el conocimiento y creencias sobre los factores de riesgo y causas;
- el conocimiento y creencias sobre acciones de autoayuda en caso de padecer trastornos mentales;
- el conocimiento y creencias sobre la ayuda profesional disponible en el entorno;
- las actitudes que faciliten el reconocimiento y la búsqueda de ayuda adecuada a la situación;
- el conocimiento sobre cómo encontrar recursos e información acerca de la salud mental.

2.3.1 RECONOCIMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

Investigaciones recientes de Australia, India, Canadá, Japón, Suecia, Gran Bretaña y EEUU, ponen de manifiesto que una gran parte de la población general no es capaz de reconocer adecuadamente trastornos mentales, y no tiene suficientes conocimientos como para comprender los significados de algunos términos científicos.

Mediante metodologías de investigación en las cuales, a través de una encuesta ya sea en forma de entrevista o en forma de cuestionario, se describía a un sujeto en una viñeta que sufría de un trastorno mental, se pretendía preguntar a los participantes cual era la opinión que tenían respecto a la causa que estaba desencadenando esa afección. Todos los resultados mostraron similitudes a lo largo de los países o poblaciones encuestadas, es decir, una falta de reconocimiento de los trastornos mentales (Dahlberg, Waern y Runeson, 2008; Jorm et al., 1997; Jorm et al., 2005; Kermode, Bowen, Arole, Joag y Jorm, 2009; Klineberg, Biddle, Donovan y Gunnell, 2010; Pescosolido, Martin, Lang y Olafsdottir, 2008; Wang et al., 2007). Por ejemplo, un estudio realizado por The Institute for Surver Research (Temple University, Philadelphia, EEUU)), muestra que solo un 33,4% (194 sujetos) de los 577 participantes de la población general, fueron capaces de reconocer el trastorno obsesivo-compulsivo como causa principal de las conductas y acciones del sujeto mostrado en la viñeta descrita (Coles, Heimberg y Weiss, 2013).

Además, el reconocimiento de otros trastornos, como por ejemplo, la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, o el trastorno de déficit de atención e hiperactividad, tiende a ser menor que cuando se trata de la depresión, que es una patología mucho más conocida por el público general (Jorm et al., 2005; Pescosolido et al., 2008; Wright, Jorm, Harris, y McGorry, 2005; Wright y Jorm, 2009).

Centrándonos en el ámbito docente, es evidente que los profesores y profesoras son una gran fuente de información a la hora de que los especialistas realicen sus diagnósticos. Numerosos estudios ponen de manifiesto que el profesorado es una fuente de información para los padres que sospechan posibles patologías en sus hijos e hijas (Dwyer, 2002; Shanley, Reid y Evans, 2007), y además, se están convirtiendo en un recurso de apoyo para los servicios sanitarios de salud mental (Appleton, 2000).

Pese a que el profesorado son profesionales que están diariamente en contacto con niños y niñas y con adolescentes, no poseen una formación específica en salud mental, cosa que sería de gran utilidad, puesto que, los docentes tienen un gran papel dentro del reconocimiento y la intervención temprana de los problemas de salud mental (Loades y Mastroyannopoulou, 2010).

Si realizamos una revisión de la literatura existente respecto a la habilidad de reconocimiento y búsqueda de ayuda para el alumnado con problemas de salud mental, nos topamos con el inconveniente de que ésta es limitada. Por ejemplo, en una investigación llevada a cabo por Rothi, Leavey, Chamba y Best, (2005) y Rothi, Leavey y Best (2008) se muestra que en muchas ocasiones el profesorado se siente incapaz de identificar los trastornos mentales y se sienten confusos respecto a la metodología utilizada por los especialistas en psiquiatría, además, también el gremio demuestra preocupación por la falta de formación en cuestiones de salud mental.

2.3.2 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS

Además del reconocimiento de los trastornos mentales, otro aspecto que se incluye dentro del concepto de Mental health literacy, son los conocimientos y las creencias que tenemos sobre las causas de éstas patologías.

A rasgos generales, los factores biológicos son percibidos por la población general como menos importantes que los factores ambientales (McKeon y Carrick, 1991; Matschinger y Angermeyer, 1996; Wolff, Pathare, Craig y Leff, 1996; Jorm et al. 1997; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999), aunque cuando se trata de patologías específicas, como puede ser la esquizofrenia, se le da más importancia como causante de ésta a los factores biológicos (Angermeyer y Matschinger, 1996).

Sin embargo, si ampliamos nuestras miras podemos darnos cuenta que en algunas culturas no occidentales, los fenómenos naturales, como por ejemplo, la brujería, los hechizos o posesiones de espíritus diabólicos, son vistos como causas principales de los trastornos mentales (Razali, Khan y Hasanah, 1996).

2.3.3 CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE LA AYUDA

En Australia y Gran Bretaña numerosos estudios en los que a una gran parte de los sujetos a los que se les pasaba una encuesta sobre cuales pensaban que eran las intervenciones más efectivas a la hora de paliar los trastornos mentales, demostraron que la autoayuda encabezaba los porcentajes más altos. Las intervenciones de autoayuda más populares son la ayuda y soporte de la familia, la realización de actividades de ocio, y el ejercicio físico (Jorm et al., 1997; Parker y Brown, 1982; Rippere, 1979). Pero desafortunadamente, existen pocas evidencias de que las acciones de autoayuda sean más efectivas que la ayuda profesional, lo que dificulta realizar una comparativa de cual de ambas es más probable que funcione (Jorm et al., 1997).

Otro aspecto que podemos incluir dentro del concepto de MHL es el conocimiento de cómo ayudar a personas que padecen estos trastornos. En la actualidad existen pocos estudios que aborden esta parte del conocimiento en salud mental, aunque una investigación suiza determinó que la población en general mostraba dificultades a la hora de lidiar con los trastornos mentales, alegando, que no sabían cómo comportarse frente a personas que los padecen, puesto que tienen miedo de cometer errores y no tienen el conocimiento suficiente en el área (Bränli, 1999).

Un aspecto que no podemos pasar por alto, son los conocimientos y creencias que la población general posee sobre la ayuda profesional que se requiere a la hora de tratar un trastorno mental específico. Realizando una comparativa entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, no podemos dar cuenta de que existen creencias totalmente opuestas respecto al tratamiento o ayuda profesional que demandar a la hora de tratar éste tipo de patologías.

En los países desarrollados, en términos generales, se observa que la mayor parte de los participantes recomendarían buscar ayuda en psiquiatras y psicólogos para paliar los problemas de salud mental y, en menor medida, recomendarían la ayuda del médico de cabecera para tratar patologías como la depresión. Sin embargo, si se trata de una patología considerada más grave, como por ejemplo, la esquizofrenia, los médicos de cabecera pasarían a ser los profesionales a los cuales se recurriría en primer lugar (Angermeyer y Mastchinger, 1999; Brädli, 1996; Jorm et al., 1997; Priest, Vize, Roberts y Tylee, 1996; Wolff et al., 1996).

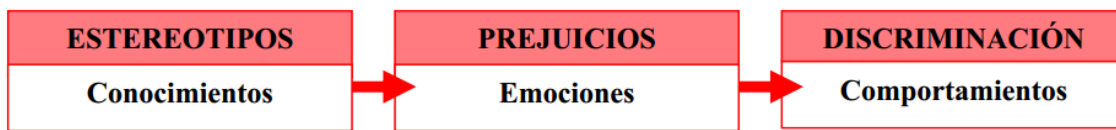
Por el contrario, y tal como comentábamos anteriormente, en los países en vías de desarrollo se considera que los trastornos mentales están producidos por causas sobrenaturales, tales como hechizos o posesiones, por lo que los recursos más utilizados, según las investigaciones, para paliar o combatir éste tipo de enfermedades son el agua bendita, las hierbas naturales, ungüentos, etc. rechazando así la medicina tradicional (Alem, Jacobsson, Araya, Kebede y Kullgren, 1999).

2.4 ESTIGMA Y TRASTORNOS MENTALES

El estigma está muy relacionado con los problemas de salud mental, y es uno de los principales obstáculos para la búsqueda de tratamiento por parte de los afectados. Por ello, se hace imprescindible tratar este aspecto en la presente investigación.

Se define a los individuos estigmatizados como sujetos que poseen (o se considera que poseen) alguna cualidad o característica personal que conlleva a una identidad social negativa y devaluada a los ojos de una sociedad o contexto particular (Crocker, Major y Steele, 1998). Por lo que Jones et al. (1984) definen el concepto de estigma como *“una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)”*.

Tomando como referencia los modelos psicosociales, en la definición de estigma podemos exponer tres comportamientos sociales que lo definen: los estereotipos, los prejuicios y la discriminación (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005). Los estereotipos hacen referencia a la creencia de que un mismo grupo comparten una característica particular, considerándose la faceta cognitiva del estigma. Aunque debemos tener en cuenta que los estereotipos no necesariamente tienen por qué ser positivos o negativos, pero cuando se hace un uso negativo de éste, experimentando reacciones emocionales nocivas, se ponen en funcionamiento los prejuicios sociales. Estos prejuicios pueden dar lugar a la discriminación, es decir, los comportamientos negativos de exclusión que se dan hacia las personas que sufren una enfermedad, y que por consiguiente, las exponen a una situación de desventaja social.



Fuente: Muñoz, Pérez y Guillén (2009)

Fijando la atención en las patologías mentales, un estudio realizado en occidente (Muñoz et al., 2009) determina que los estereotipos incluyen información en referencia a:

- la peligrosidad y los actos violentos,
- la responsabilidad que el sujeto tiene sobre su estado de salud, ya sea por el mismo padecimiento del trastornos o por no tratarse para remediarlo,
- la debilidad y/o labilidad de carácter o personalidad,
- la falta de competencias para realizar tareas de autocuidado o tareas cotidianas,
- la falta de control.

Por lo tanto, los estereotipos, prejuicio y discriminaciones asociados a los trastornos mentales sitúan a los que los padecen en posiciones de desigualdad de oportunidades esenciales para la consecución de objetivos o metas en la vida, especialmente las relacionadas con la vida económica o laboral, social y personal (Corrigan y Kleinlein, 2005).

Existen cuatro tipos de signos que determinan que un sujeto sufre una enfermedad mental, y a los que suele reaccionar la sociedad de manera estigmatizante (Corrigan, 2000), a saber:

- Síntomas psiquiátricos, como por ejemplo, comportamientos inusuales y extravagantes, problemas en el lenguaje, etc.
- Falta de habilidades sociales como dificultades para mantener el contacto ocular, lenguaje corporal escaso o inexistente...
- Apariencia física en la que se denota una falta de higiene personal, la forma de vestir, etc.

- Etiquetas asignadas por otros sujetos (derivadas de un diagnóstico psiquiátrico), por autoasignación o por asociación.

Finalmente, cabe destacar que para poder evaluar el estigma respecto a sujetos que padecen trastornos mentales, se han desarrollado diferentes instrumentos, entre los que destacamos el cuestionario AQ (Attribution Questionnaire; Corrigan, et al., 2003). Este instrumento de medida del estigma está basado en la teoría de la atribución de Weiner (Weiner, 1995), mediante la cual se expone que los sujetos respondemos negativamente frente a la salud de otras personas, siempre y cuando creamos que los individuos tienen un alto grado de responsabilidad y control sobre el estado de salud. Por lo tanto, las personas que tengan esta perspectiva, a menudo expresarán sentimientos de ira, acciones de evasión y se resistirán a prestar ayuda a las personas afectadas por trastornos mentales. Por otra parte, se responderá de manera más positiva si se percibe que el sujeto que padece un trastorno mental posee poca responsabilidad y bajo control respecto a su condición. En este caso, los sujetos que apoyen esta postura serán más proclives a tener sentimientos compasivos y de apoyo hacia las personas afectadas por trastornos mentales.

2.4.1 TIPOLOGÍA DE ESTIGMAS

Las conductas estigmatizantes asociadas a las enfermedades mentales son un fenómeno bastante complejo que podemos comprender y categorizar en diferentes tipologías. A continuación, a través, de este breve cuadro resumen podemos hacernos una ligera idea de las diferentes formas en las que se nos presentan las conductas estigmatizantes.

TIPO DE ESTIGMA	DEFINICIÓN
<i>ESTIGMA PÚBLICO</i>	Hace referencia a cuando en una sociedad determinada se tienen unas ideas estigmatizadas sobre los sujetos que padecen trastornos mentales, estas ideas se pueden llegar a internalizar por los sujetos enfermos, de manera que ponga en funcionamiento la profecía autocumplida, y se auto-devalúen como personas a causa de la patología (Link, 1987).
<i>AUTO-ESTIGMA</i>	Se trata de la auto-etiqueta que se ponen algunas personas que padecen enfermedades mentales, con el objetivo de anticipar el rechazo, incluso antes de conocer la reacción que van a recibir de la sociedad o grupo más cercano. Uno de los efectos más nocivos de este tipo de estigma, es que conlleva a no buscar ayuda profesional o tratamiento para no ser catalogados en el grupo de enfermos mentales.
<i>ESTIGMA PERCIBIDO O ANTICIPADO</i>	Son las creencias de discriminación que sufrirá un sujeto, simplemente por el hecho de padecer un trastorno mental.
<i>ESTIGMA EXPERIMENTADO</i>	Se trata de las experiencias estigmatizadoras de discriminación, de evitación, de rechazo... que ya ha padecido o vivido un sujeto con una enfermedad mental (Link, 1987; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997).
<i>ESTIGMA POR ASOCIACIÓN</i>	Se trata de la aplicación del concepto estigma a las personas que forman el entorno más próximo al sujeto que padece la enfermedad, e incluso a los profesionales que lo atienden (Mehta y Farina, 1988).

2.5 EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

2.5.1 ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO?

El trastorno obsesivo-compulsivo está catalogado, según la última versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), como un trastorno caracterizado por dos síntomas que otorgan el nombre de la patología; las obsesiones y las compulsiones. Según diversos autores (por ej., Foa et al., 1995) normalmente ambos síntomas se dan simultáneamente, aunque no es imprescindible.

LAS OBSESIONES

Las obsesiones según Seymour Rachman (1981) son *"pensamientos, imágenes e impulsos repetitivos e intrusos que son considerados inaceptables para el individuo, le ocasionan malestar y a menudo están acompañados de alguna resistencia"*. Se trata de una de las características primarias del trastorno, es decir, sin la presencia de estos pensamientos intrusivos la patología no se puede desarrollar como tal.

Por lo tanto, las características principales de las obsesiones se pueden sintetizar de la siguiente forma:

CARACTERÍSTICAS DE LAS OBSESIONES

- ◆ Las obsesiones poseen un carácter intrusivo, es decir, interrumpen de manera involuntaria el pensamiento normal de la persona.
- ◆ Pueden manifestarse como una imagen mental, un impulso y/o pensamiento.
- ◆ Normalmente suelen ser repetitivas.
- ◆ No son voluntarias, es decir, el sujeto no puede controlar la aparición de esos pensamientos.
- ◆ Los pensamientos intrusivos u obsesivos suelen estar considerados por los sujetos que los padecen como socialmente no aceptados, por ello intenta reprimirlos a toda costa.
- ◆ Tienen efectos negativos en la salud, el estado de ánimo y el bienestar del sujeto que las padece.
- ◆ El sujeto es totalmente consciente de que ese pensamiento intrusivo es irracional, que son ideas absurdas que no tienen por qué darse en realidad, pero sin embargo, no puede evitarlos.

Adaptado de Belloch, Cabedo y Carrió (2011).

Debemos tener en cuenta que las obsesiones no se presentan en todos los pacientes de la misma manera sino que aparecen de manera variada, tal y como podemos apreciar en la siguiente tabla.

TABLA 1. Contenidos típicos de las obsesiones.

<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones agresivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Empujar a alguien desde un piso alto o desde un balcón. ■ Tirar a un bebé escaleras abajo. ■ Matar o agredir a un ser querido o a un desconocido. 	<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones autoagresivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Clavarse objetos punzantes. ■ Romper objetos con la cabeza. ■ Autolesionarse con cuchillas. ■ Tirarse por la ventana.
<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones de limpieza-contaminación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensuciarse por tocar objetos que pasa por las manos de muchas personas, como por ejemplo, pomos de puertas, bancos de lugares públicos, etc. ■ Contagiarse por usar la cubertería de un restaurante. ■ Ensuciarse por acariciar animales o tocar personas. 	<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones sobre dudas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dudar si se ha cerrado bien las luces, el gas, las puertas, ventanas, etc. ■ Dudar si el grifo se habrá quedado abierto y la casa se inundará. ■ Si llevas las llaves, documentación, etc. contigo. ■ Si se ha cerrado el coche o se ha puesto el freno de mano.
<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones sexuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Impulso de desnudar a un desconocido. ■ Imágenes de violar a alguna persona. ■ Pensamientos de tener relaciones sexuales con niños, con animales, etc. ■ Impulso de desnudarse en un lugar público. 	<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones supersticiosas o mágicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tener mala suerte si no hago algo o digo determinadas cosas. ■ Suspender exámenes si no me pongo la ropa de esta forma, color, etc. o sino llevo conmigo un objeto-amuleto. ■ Que familiares tengan un accidente o que me ocurra algo malo sino hago o digo algo. ■ Que ocurra una desgracia porque he visto este número, ha pasado un gato negro, he tocado este objeto... ■ Que un ser querido muera porque he pasado cerca o he visto pasar un coche fúnebre.
<p style="text-align: center;"><i>Obsesiones sobre aspectos blasfemos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Imágenes sucias de figuras bíblicas. ■ Insultos al clero. ■ Desnudar imágenes de la Virgen. ■ Gritar obscenidades dentro de una iglesia. 	

Adaptado de Belloch, Cabedo y Carrió (2011).

LAS COMPULSIONES

Las compulsiones son el segundo elemento diagnóstico del TOC, y están íntimamente relacionadas con las obsesiones.

Rachman y Shafran (1998) definieron las compulsiones como "*acciones repetitivas, estereotipadas e intencionales*", es decir, son conductas manifiestas o actos mentales, a menudo repetitivos o estereotipados que normalmente se realizan en respuesta a una obsesión con el objetivo de prevenir o reducir el malestar o estrés que produce en el sujeto (American Psychiatric Association [APA], 2014), pudiendo llevarse a cabo de manera manifiesta o encubierta.

2.5.2 EPIDEMOLOGÍA

Hasta no hace muchos años existía la creencia de que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo era una patología rara y poco conocida, con unas tasas de prevalencia casi imperceptibles, es decir, menores del 0,1% (Marks, 1987). Fue a partir de los años 70 cuando, mediante estudios más específicos, se pusieron de manifiesto cifras más altas de prevalencia global del trastorno con un 2,5% aproximadamente (Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988), aspecto que muestra que el TOC no era una patología tan poco padecida como se pensaba años anteriores. Estudios más recientes exponen que es correcto situar la prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo para la población general entre un 1% y un 2% (Andrews, Henderson y Hall, 2001; Clark, 2004; Kringlen, Torgersen y Kramer, 2001).

Centrando la atención en la prevalencia del TOC en función de la variable sexo, algunos estudios afirman que existe una prevalencia mayor entre mujeres (Andrews et al. 2001; Kringlen et al., 2001; Rasmussen y Eisen, 1992), aunque los hombres suelen presentar un inicio más temprano de la patología, así como, en el tratamiento de ésta (Lensi, Cassano, Corredú, Ravagli, Kunovac y Akiskal, 1996; Rasmussen y Eisen, 1992). Además, cabe destacar que cuando el TOC se inicia en la infancia es más frecuente que ocurra en niños que en niñas, y que las obsesiones más habituales manifestadas en los hombres son las de índole sexual mientras que las de las mujeres son aquellas referentes

a la limpieza (Lensi et al. 1996; Rachman y Hodgson, 1980; Steketee, Grayson y Foa, 1985).

Respecto al inicio del trastorno, éste suele darse por primera vez en la adolescencia o principios de la edad adulta, dándose una mayor probabilidad de desarrollarlo entre los 18 y los 25 años (Karno et al., 1988). En términos generales, el 65% de los trastornos se dan antes de los 25 años, mientras que solo un 5% de los pacientes expone un inicio posterior a los 40 años (Rachman y Hodgson, 1980; Rasmussen y Eisen, 1992).

Además, se ha demostrado a través de diversas investigaciones que cuanto antes empiece el trastorno en la vida de una persona los síntomas se irán agravando con el paso de los años, llegando a ser especialmente graves en la etapa adulta (Thomsen, 1995).

2.5.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TOC

A la hora de realizar un diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales más importantes para el mundo de la psicología, la psiquiatría y la pedagogía son el DSM-5 (APA, 2014) y el CIE-10 (OMS, 1984). Ambos manuales coinciden en la mayor parte de los criterios que se deben cumplir en un paciente para poder diagnosticarlo de estar padeciendo un trastorno obsesivo-compulsivo.

En el cuadro 1 podemos observar los criterios diagnósticos que se exponen desde el DSM-5 sobre el TOC. Desde este manual se hace hincapié en la relación existente entre las obsesiones y las compulsiones, como aspecto primario para que se dé el trastorno. Por otra parte, manifiesta la posibilidad de que las compulsiones sean de carácter encubierto o interno. Debemos tener en cuenta que los niños/as de corta edad, de manera general, no suelen tener conciencia de estar padeciendo el trastorno o no son capaces de comprender porque realizan esos comportamientos compulsivos.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según DSM-5 (APA, 2014).**A.** Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas:

Las **obsesiones** se definen por 1 y 2:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante.
2. El sujeto intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o neutralizarlos con algún otro pensamiento o acto (es decir, realizando una compulsión).

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. Comportamientos (p. ej., lavarse las manos, ordenar, comprobar las cosas) o actos mentales (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio) repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida.
2. El objetivo de los comportamientos o actos mentales es prevenir o disminuir la ansiedad o el malestar, o evitar algún suceso o situación temida; sin embargo, estos comportamientos o actos mentales no están conectados de una manera realista con los destinados a neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Nota: Los niños de corta edad pueden no ser capaces de articular los objetivos de estos comportamientos o actos mentales.

B. Las obsesiones o compulsiones requieren mucho tiempo (p. ej., ocupan más de una hora diaria) o causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. Los síntomas obsesivo-compulsivos no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica.

D. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., preocupaciones excesivas, como en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal; dificultad de deshacerse o renunciar a las posesiones, como en el trastorno de acumulación; arrancarse el pelo, como en la tricotilomanía [trastorno de arrancarse el pelo]; rascarse la piel, como en el trastorno de excoriación [rascarse la piel]; estereotipias, como en el trastorno de movimientos estereotipados; comportamiento alimentario ritualizado, como en los trastornos alimentarios; problemas con sustancias o con el juego, como en los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; preocupación por padecer una enfermedad, como en el trastorno de ansiedad por enfermedad; impulsos o fantasías sexuales, como en los trastornos parafilicos; impulsos, como en los trastornos perturbadores, del control de los impulsos y de la conducta; rumiaciones de culpa, como en el trastorno de depresión mayor; inserción de pensamientos o delirios, como en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; o patrones de comportamiento repetitivo, como en los trastornos del espectro del autismo).

Especificar si:

- **Con introspección buena o aceptable:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- **Con poca introspección:** El sujeto reconoce que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son claramente o probablemente no ciertas o que pueden ser ciertas o no.
- **Con ausencia de introspección/con creencias delirantes:** El sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas.

Especificar si:

- El sujeto tiene una historia reciente o antigua de un trastorno de tics.

Además, en el cuadro 2 podemos observar los criterios diagnósticos del CIE-10, con el objetivo de realizar una comparativa, aunque los criterios de ambos son muy similares.

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo según CIE-10 (OMS, 1993).

- A.** Deben estar presentes ideas obsesivas o actos compulsivos (o ambos) durante la mayoría de los días durante un periodo de por lo menos dos semanas
- B.** Las obsesiones (pensamiento, ideas o imágenes) y compulsiones (actos) comparten las siguientes características, deben hallarse presentes todas:
1. El enfermo las reconoce como propias y no como impuestas por otras personas o influidas externamente.
 2. Son reiteradas y desagradables, y por lo menos una de las obsesiones o compulsiones debe ser reconocida como carente de sentido.
 3. El sujeto intenta resistirse a ellas (aunque con el tiempo la resistencia a algunas obsesiones o compulsiones puede volverse mínima). El enfermo opone resistencia sin éxito. Por lo menos una de las obsesiones o compulsiones es resistida sin éxito.
 4. El llevar a cabo las obsesiones o compulsiones no es en sí mismo placentero (lo cual debe distinguirse del alivio temporal de la ansiedad o tensión).
- C.** Las obsesiones o compulsiones producen malestar o interfieren con las actividades sociales o el funcionamiento normal del sujeto, por lo general por el tiempo que consumen.
- D.** Las obsesiones o compulsiones no son el resultado de otros trastornos mentales, tales como esquizofrenia o trastornos del humor (afectivos).

2.5.4 CAUSAS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

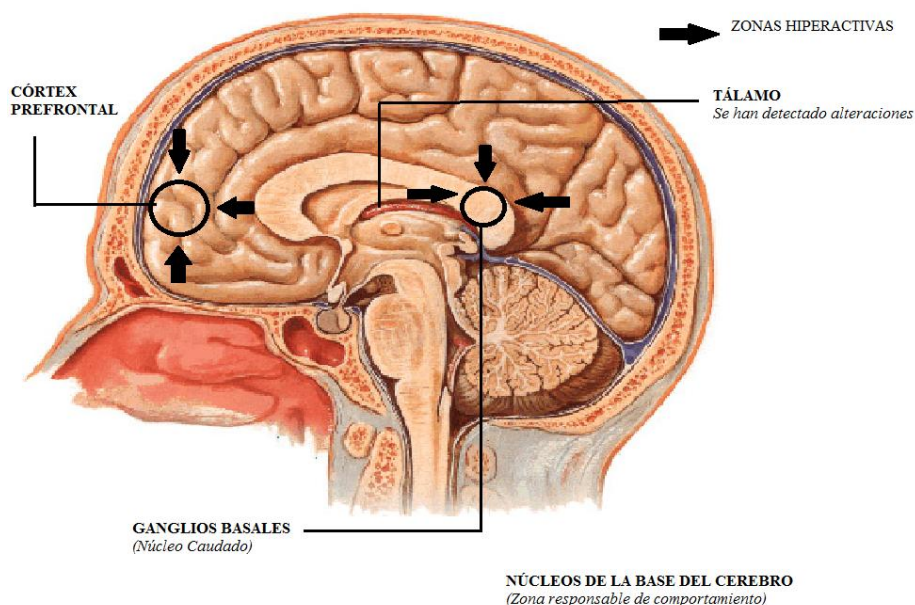
Actualmente, y pese a las investigaciones existentes sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, aún se desconoce cuál es la causa exacta del trastorno. Si bien numerosas investigaciones exponen que se trata de una enfermedad neurobiológica que puede deberse a problemas en la actividad de ciertas sustancias químicas cerebrales junto a la predisposición genética y el historial familiar, no hay una teoría concluyente.

A continuación podemos clasificar algunas de las causas que pueden influir en el desarrollo de la patología:

- **Factores genéticos:** Actualmente somos conscientes de la influencia de factores genéticos en la aparición y desarrollo del TOC. Algunas investigaciones han demostrado la tendencia a darse el trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos asociados a él, como pueden ser ciertos tics o Síndrome de Tourette, en individuos de una misma familia. Aunque no hay conclusiones respecto a cuáles son los genes que predisponen a sufrir la patología (Andrés-Perpiñá, Lázaro-García, Canalda-Salhi y Boget-Llucià, 2002).
- **Factores neuroquímicos:** Como bien sabemos la actividad cerebral se mide a través de los neurotransmisores, es decir, sustancias químicas que las neuronas emplean para transmitir los impulsos y comunicarse entre ellas. Investigadores explican que el origen del trastorno se produce por alteración en los niveles de

serotonina, especialmente en la corteza orbito frontal, el córtex cingulado anterior, los ganglios basales y el tálamo, que se consideran implicados en el TOC (Saxena et al., 1998).

- **Alteraciones neuroanatómicas:** Estudios de neuroimagen utilizando la Tomografía Axial Computerizada y la Resonancia Magnética Nuclear han identificado en los cerebros de pacientes afectados por un TOC, que nunca han recibido tratamiento específico para el desorden, ciertas alteraciones volumétricas en la corteza prefrontal y en las regiones estriales (es decir, un aumento del tamaño del cingulado anterior y una disminución del estriado), que no aparecen en cerebros de sujetos no afectados por la patología (Andrés-Perpiñá et al., 2002). Investigaciones posteriores con Tomografía de Emisión de Positrones han estudiado la función cerebral, mostrando una hiperactividad de los lóbulos frontales, ganglios de la base y del cíngulo, en pacientes con TOC. Una vez estos pacientes inician un tratamiento específico para la patología esta hiperactividad remite.



Adaptado de Netter (2007).

- **Factores inmunológicos:** Existen ciertas hipótesis inmunológicas que hablan de que el trastorno obsesivo-compulsivo se desencadena en pacientes que han sufrido durante la infancia infecciones, aunque esta teoría no es concluyente (Andrés-Perpiñá et al., 2002).

2.5.5 COMORBILIDAD

Tal y como ocurre con otros trastornos, el TOC tiene unos altos porcentajes de comorbilidad. Uno de los descubrimientos más firmes es que entre la mitad y un tercio de las personas que padecen trastorno obsesivo-compulsivo tiene, al menos, otro trastorno asociado (Antony, Downie y Swison, 1998; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancil, 2001; Karno y Golding, 1991).

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Entre un 30% y un 50% de los pacientes diagnosticados con TOC padecen episodios de depresión mayor o distimia (Bellodi, Scuito, Diaferia, Ronchi y Smareldi, 1992; Brown, Moras, Zinbarg y Barlow, 1993; Lensi et al., 1996; Karno y Golding, 1991), e incluso, se puede llegar a hablar de tasas de entre el 65% y el 80% de asociación del TOC con depresión (Crino y Andrews, 1996; Rasmussen y Eisen, 1992).

Cuando coexisten dos patologías al mismo tiempo nos encontramos con el problema de no saber distinguir cual es el trastorno principal o primario. Muchos autores destacan que lo habitual es que la depresión sea un trastorno generado como consecuencia del TOC, puesto que esta patología es “depresógena” (Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky y Zitterl, 1993; Rasmussen y Eisen, 1992; Welner, Reich, Robins, Fishman y Van Doren, 1976).

COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Numerosos estudios afirman que existe una alta relación entre el TOC y otros trastornos de ansiedad. Uno de los más frecuentes es la fobia social, seguida de fobias específicas. Si nos centramos en el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno del pánico los resultados extraídos de investigaciones como las de Antony et al. (1998), Brown et al. (1993) o la de Crino y Andrews (1996), son menos concluyentes.

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

Respecto a la posible comorbilidad existente entre el trastorno obsesivo compulsivo y trastornos psicóticos cabe destacar que apenas un escaso porcentaje de pacientes presentan síntomas psicóticos (Insel y Akiskal, 1986). Además es muy poco frecuente que un sujeto que padece TOC, su patología pueda desembocar en un trastorno esquizofrénico o esquizofrenia, aunque sí que podemos apreciar síntomas propios del trastorno obsesivo-compulsivo en pacientes esquizofrénicos. En definitiva, podemos afirmar que existe muy poca comorbilidad entre ambos trastornos (Tallis, 1995).

COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Según la revisión realizada por Summerfeldt, Huta y Swinson (1998) la comorbilidad existente entre el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos de personalidad se sitúa en unas tasas de entre el 50 y el 65%. Ahondando aún más en la cuestión, podemos decir que un buen número de investigaciones han sacado a la luz que gran parte de los pacientes que padecen TOC presentan un trastorno de personalidad asociado, aunque los más frecuentes son los que padecen los subtipos de dependiente, evitador e histriónico (Baer y Jenike, 1992; Black, Yates, Noyes, Pfohl, Kelley y Pharm, 1989).

3. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS INICIAL DEL ESTUDIO

La OMS revela que un considerable porcentaje de población infanto-juvenil a nivel mundial padecen problemas de salud mental, de los que aproximadamente la mitad son manifestados antes de los 14 años. El diagnóstico temprano de estas patologías implica numerosos beneficios entre los que podemos destacar, en primer lugar, la evolución más favorable y, por lo tanto, un mejor pronóstico de los problemas de salud mental, y en segundo lugar, la prevención de una posible cronificación de las patologías, reduciendo así el posible coste que pueda suponer para el sistema sanitario. Puesto que es posible que los síntomas sean manifestados en edad escolar, los profesionales de la educación pueden tener un papel central en su detección temprana, siempre que estén formados en este ámbito. Sin duda, existen buenas razones para centrar nuestra investigación en el ámbito escolar. En primer lugar, mientras los niños/as o adolescentes acuden a los centros educativos, pocos tendrán acceso a servicios de tratamientos en salud mental mediante el sistema de sanidad público, por su escasa detección temprana (Canadian Psychiatric Association, 2012); en segundo lugar, se ha puesto de manifiesto que la salud mental tiene un impacto relevante en el rendimiento académico del alumnado, así como en las tasas de abandono escolar (Koller y Bertel, 2006; Owens et al., 2012); y en tercer lugar, la población infantil y adolescente permanece aproximadamente entre unas 5-6 horas al día en presencia de un profesional de la educación (Kirby y Keon, 2006), por lo que son los profesionales que antes podrían detectar dichos trastornos.

Pese a la relevancia que los docentes pueden llegar a tener en la detección temprana de estas patologías entre la población infanto-juvenil, actualmente, nos encontramos con una escasa existencia de literatura científica y de investigación relacionada con la alfabetización con respecto al área de salud mental y al estigma asociado a estos trastornos entre los profesionales educativos del territorio español. Por lo tanto, he visto necesario iniciar el estudio y la investigación en esta área del conocimiento psicológico y psiquiátrico, puesto que, su estudio beneficiará en cierta medida a la mejora del conocimiento que tenemos sobre MHL, especialmente en el ámbito docente.

A partir de las ideas expuestas a lo largo de la revisión teórica nos planteamos los siguientes interrogantes que se intentarán resolver a través de la presente investigación:

- 1) ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el trastorno obsesivo-compulsivo en el ámbito docente?
- 2) ¿Poseen los docentes conductas estigmatizantes hacia alumnos o alumnas que padecen un trastorno obsesivo-compulsivo?
- 3) ¿Existen diferentes niveles de conocimiento sobre TOC entre los maestros y maestras de educación infantil-primaria y el profesorado de educación secundaria obligatoria?

Intentaremos aclarar las incógnitas planteadas en las cuestiones anteriores a través de los objetivos que exponemos a continuación:

- En primer lugar, conocer los niveles actuales de conocimientos y la conciencia sobre salud mental, concretamente sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, en el ámbito docente.
- En segundo lugar, conocer si los docentes manifiestan conductas estigmatizantes con respecto al alumnado que padece un problema de este tipo.
- En tercer lugar, realizar una comparativa entre las diferencias existentes sobre conocimientos en salud mental entre docentes dedicados a la enseñanza en niveles de educación primaria, con los conocimientos presentados por profesorado en educación secundaria obligatoria.

A partir de la revisión bibliográfica realizada previamente al comienzo de esta investigación planteamos tres hipótesis que se corresponden con los tres objetivos de nuestro estudio. En primer lugar, partimos de la idea de que existe un moderado-bajo reconocimiento y etiquetado correcto de los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo. Pese a este moderado-bajo reconocimiento podemos suponer que los docentes serán conscientes de la necesidad de que el sujeto busque ayuda profesional para tratar los síntomas que, a la larga, pueden afectar a su vida cotidiana. En segundo lugar, podemos hipotetizar que los docentes no mostrarán indicios estigmatizantes hacia el alumnado que sufre trastornos mentales. Por último, respecto a las diferencias de

conocimiento entre docentes de infantil-primaria y docentes de secundaria, pensamos que los docentes de etapas educativas iniciales poseerán un conocimiento ligeramente más elevado, ya que se presupone que su formación universitaria está más centrada en la atención individualizada del alumnado y en las particularidades de éste.

4. MÉTODO

4.1 MUESTRA

En el siguiente apartado se presenta la descripción de las características de los participantes de esta investigación. La totalidad de los participantes pertenecen al gremio docente y se encuentran en activo actualmente en el ámbito educativo. Tal y como se ha expuesto anteriormente en los objetivos del estudio, se presenta la necesidad de cribar una muestra de participantes del ámbito educativo, con el objetivo de evidenciar los conocimientos que éstos tienen sobre salud mental y, más concretamente, sobre el trastorno obsesivo-compulsivo.

Debido a que durante la presente investigación se presenta una muestra amplia será necesario examinar cuáles son sus características socio-demográficas.

La muestra está formada por 120 sujetos (71 mujeres y 49 hombres) de nacionalidad española y con una media de edad de 36,78 (DT= 9,998 años). El rango de edad de la muestra participante está comprendida entre los 22 y los 62 años. Respecto al estado civil de los participantes, la mayor parte están solteros (35%), y tienen un nivel socio-económico medio (68,3 %).

Los participantes escogidos poseen estudios universitarios y se encuentran actualmente en activo en el ámbito de la docencia. Un 37,5% de la muestra poseen estudios de Diplomatura, un 2,5% estudios de Grado, un 36,7% estudios de Licenciatura, un 18,3% estudios de Máster, un 3,3% estudios de Doctorado finalizado, y por último, un 1,7% de la muestra posee un título de Cátedra.

Un 52,5% de los participantes imparte docencia en la etapa de educación infantil y primaria, un 47,5% imparte docencia en educación secundaria, de los que un 77,5% lo hace en un centro público, un 8,3% en un centro concertado y, por último, un 14,2% en un centro privado (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de las características sociodemográficas de los participantes de este estudio.

Edad	Media (DT)	36,78 (9,998)
	Rango	22-62
Sexo	Mujer	59,2 % (71)
	Hombre	40,8 % (49)
Estado civil	Soltero/a	35% (42)
	Divorciado/ Separado o Viudo	13,3 % (16)
	Casado/a	34,2% (41)
	Viviendo en pareja	17,5 % (21)
Nivel socioeconómico	Bajo	-
	Medio-Bajo	15,8% (19)
	Medio	68,3 % (82)
	Medio-Alto	13,3 % (16)
Nivel de estudios	Alto	2,5% (3)
	Diplomatura	37,5% (45)
	Grado	2,5% (3)
	Licenciatura	36,7 (44)
	Máster	18,3 (22)
Nivel al que imparte docencia	Doctorado	3,3% (4)
	Cátedra	1,7% (2)
	Ed. Infantil-Primaria	52,5 % (63)
Titularidad del centro	Ed. Secundaria	47, 5% (57)
	Público	77,5 (93)
	Concertado	8,3% (10)
	Privado	14,2% (17)

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (número) de participantes

4.2 INSTRUMENTO

En este apartado se intentará describir el instrumento empleado para llevar a cabo la presente investigación así como el proceso de construcción del mismo. En el anexo 9.1 se presenta la encuesta que se utilizó para la recogida de datos.

4.2.1 CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

DESARROLLO DEL INSTRUMENTO.

Con el objetivo de recoger los datos oportunos para alcanzar los objetivos anteriormente expuestos, y al no existir un cuestionario previo en el cual se midan las variables que nos van a ser de utilidad para responder a los objetivos propuestos, se ha diseñado un cuestionario. Se trata de un cuestionario dirigido al profesorado de centros de educación Infantil-Primaria y Secundaria, tanto público como privado².

² Con ello hacemos referencia, a que en España, los centros educativos pueden ser de titularidad Pública, es decir, totalmente financiados por el Estado; de titularidad Concertada, o parcialmente subvencionados por el Estado o Comunidad Autónoma; o de titularidad privada (religiosos o laicos) que no reciben fondos estatales, aunque estos últimos tienen un porcentaje menor en el total de centros educativos españoles.

En primer lugar, se procedió a la construcción de éste. El cuestionario presenta unas instrucciones que servirán para guiar la cumplimentación adecuada del mismo. Las instrucciones están redactadas de la siguiente manera: *A continuación se presentan una serie de preguntas. Especifique con una cruz la respuesta que se corresponda con su situación actual. Las respuestas son anónimas y los resultados del cuestionario serán empleados para una investigación de la Universidad de Valencia. Se agradece de antemano su participación en la realización de esta investigación.*"

Además ha sido incluida una viñeta (traducida y adaptada de Tallis, 1996) en la que se describe un alumno de 12 años, que padece de un trastorno mental. Específicamente, la viñeta describe los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo de la siguiente manera: *"Javier es un adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. Te has percatado que el alumno tiene una excesiva preocupación por la higiene y el lavado de manos. Para él, la mayor parte de las personas y animales o desechos pueden ser factores contaminantes de los que prefiere huir, por lo que observamos que sus relaciones sociales son escasas. Manifiesta que se siente incómodo usando el transporte público porque teme contaminarse y que no le gusta caminar por zonas públicas de la ciudad (como por ejemplo, parques) por el mismo motivo. También le preocupa que vagabundos o personas sin techo puedan haber "contaminado" sitios u objetos que puede que posteriormente él toque. A parte de los miedos de contaminación, Javier también muestra en el aula rituales de orden y simetría de sus materiales. Javier experimenta solo una leve ansiedad cuando se expone a contaminantes, siempre que pueda lavarse antes de llegar a casa. Su principal preocupación es que sus posesiones (por ejemplo, CDs, instrumentos musicales, etc.) puedan ser contaminadas, y por lo tanto, no estar en perfectas condiciones. Javier no cree que la contaminación pueda dar lugar a una enfermedad y no está preocupado porque pueda contaminar a otros."*

En la primera parte del cuestionario, una vez leída la viñeta se solicita a los participantes que respondan 9 ítems, cuyas respuestas se darán en una escala tipo Likert de 1 (Para Nada) a 9 (Mucho). Estas preguntas están adaptadas del cuestionario AQ-9 (Attribution Questionnaire; Corrigan, et al., 2003), que se usa para medir el estigma que poseen los sujetos participantes respecto a un trastorno o problema de salud mental, en este caso las preguntas están adaptadas al trastorno obsesivo-compulsivo. El AQ-9 toma como base,

tal y como explicábamos anteriormente, la teoría de la atribución de Weiner (Weiner, 1995). Lo que pretendemos medir a través de éstos ítems son el estigma respecto a la viñeta de TOC, es decir, "la culminación de actitudes negativas y creencias que motivan al público general a tener miedo, rechazo, evitación, y promulgar conductas discriminatorias contra personas que padecen enfermedades mentales" (Corrigan y Penn, 1999). Por lo tanto, cada ítem (ver anexo 9.1) presentado a través de la adaptación del AQ-9, pretende medir una variable distinta que detecta el estigma en sujetos, concretamente: lástima (ítem 1), peligrosidad (ítem 2), miedo (ítem 3), culpa (ítem 4), segregación (ítem 5), rabia (ítem 6), ayuda (ítem 7), evitación (ítem 8) y coerción (ítem 9).

La segunda parte del cuestionario (ver anexo 9.1) consiste en responder ítems, adaptados al español del Mental Health Literacy Questionnaire for Anxiety Disorders (Coles y Coleman, 2010), que determina el conocimiento sobre el trastorno respecto a una viñeta que describe los síntomas que presenta un alumno con trastorno obsesivo-compulsivo. Incluye seis preguntas. El primer ítem (ítem 10) pretende medir uno de los componentes primarios del concepto de Mental Health Literacy, es decir, el reconocimiento del problema o de la patología específica, en cuyo caso, se trata del trastorno obsesivo-compulsivo. La pregunta ofrece doce alternativas de respuesta (estrés de la vida en general, depresión, esquizofrenia, fobia social/ trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de estrés post-traumático (TEPT), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, fobia, trastorno de personalidad, problemas médicos y otros) incluyendo entre ellas una alternativa de respuesta abierta.

El ítem 11 intenta abordar otro de los componentes del MHL, el conocimiento o creencias que se poseen respecto a las causas primarias o factores de riesgo que desencadenan o producen los trastornos mentales. Este ítem ofrece ocho alternativas de respuesta (estrés, factores biológicos, factores ambientales, factores orgánicos, salud mental, debilidad personal y otro) incluyendo entre ellas una alternativa de carácter abierto.

Por lo que respecta a la pregunta correspondiente al ítem 12 el componente del conocimiento en salud mental que queremos investigar del ámbito docente son las creencias y los conocimientos que posee sobre la necesidad o no de búsqueda de ayuda

profesional para tratar el problema. El ítem ofrece tres alternativas de respuesta (Si, No e Indeciso).

Otro aspecto que se pretendía medir a través del ítem 13 del cuestionario son los conocimientos que poseen los docentes acerca de cuál es el profesional adecuado para poder llevar a cabo el tratamiento del alumno que aparece en la viñeta. Específicamente se ofrece nueve alternativas de respuesta siendo una de ellas una alternativa de respuesta abierta (médico de cabecera, psiquiatra, psicólogo, orientador/a, clero, profesional de salud mental inespecífico, trabajador social, neurólogo y otro). En este ítem se podía escoger tantas alternativas de respuesta como el encuestado considerase conveniente.

Para finalizar, el ítem 14 trata de indagar sobre las creencias que poseen los docentes respecto a las barreras existentes para la búsqueda de ayuda profesional que pueda tratar el trastorno. Éste ofrece nueve alternativas en las que se marcará tantas como se crea conveniente, siendo éstas las siguientes: *Piensa que el problema es temporal; Piensa que puede controlar el problema; Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves; Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos; Tiene miedo de sus conductas y/o pensamientos; El problema no interfiere en sus actividades diarias; Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma; Piensa que el problema no requiere ayuda o tratamiento y, por último, Tiene miedo a ser criticado o rechazado por las personas de su entorno.* Las barreras de demora en la búsqueda de ayuda de los pacientes anteriormente citadas han sido adaptadas de Belloch et al. (2009).

El cuestionario puede apreciarse completo en el anexo 9.1.

ANÁLISIS DE LA COMPRESIÓN DEL INSTRUMENTO.

Una vez construido el cuestionario con los ítems anteriormente citados, la siguiente fase, fue aplicar la versión preliminar del cuestionario a una muestra reducida con el objetivo de detectar posibles errores o dificultades que puedan localizarse en el instrumento y que pudieran ser un impedimento para la recogida de datos de manera adecuada.

Se realizó un pase piloto del cuestionario a 15 **participantes** extraídos de la población docente y no docente, en calidad de evaluadores externos, cuyas edades estaban comprendidas entre los 25 y 60 años (media de edad= 28,3; DT=7,11).

Los participantes en esta fase del proceso de construcción del instrumento se ofrecieron voluntaria y gratuitamente a colaborar en el proceso de investigación. Ninguno de estos evaluadores tenía conocimientos previos sobre el área de salud mental, más allá de los conocimientos adquiridos en las carreras universitarias de procedencia, estudios previos o el sentido común.

El cuestionario fue cumplimentado de manera individual y tras esto realizaron una descripción del grado de comprensión de los ítems y de las instrucciones dadas, de la claridad y redacción de éstos y de la adecuación del lenguaje.

Tras el **análisis** de las sugerencias dadas por algunos participantes se realizó una nueva revisión del cuestionario antes de comenzar el pase a la muestra definitiva. Las revisiones realizadas por sugerencia de la muestra preliminar fueron, en primer lugar, la modificación del nombre del cuestionario, pues ofrecía pistas para la cumplimentación de éste, en segundo lugar, la muestra preliminar sugirió el ajuste del cuestionario a un folio con el objetivo de que el cuestionario no se hiciese tan largo para el encuestado, y en tercer lugar, se hicieron modificaciones en el ítem 9 añadiendo instrucciones aclaratorias a él y en el ítem 13, modificando la pregunta formulada, ya que no informaba correctamente de la posibilidad de escoger entre una o más alternativas de respuesta (Ver anexo 9.3).

4.2.2. DESCRIPCIÓN DE LA VERSIÓN DEFINITIVA DEL INSTRUMENTO

La versión definitiva del cuestionario sobre *Conocimientos y Estigma Docente sobre Trastorno Obsesivo-Compulsivo (CEDTOC)* consta de 14 ítems. En primer lugar se pide a los participantes que respondan una serie de cuestiones sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de formación, titularidad del centro donde imparte docencia y etapa educativa en la que imparte docencia). A continuación se presenta una viñeta que describe a un alumno de 12 años que padece un trastorno obsesivo-compulsivo (traducida y adaptada de Tallis, 1996), y tras leerla, los participantes tienen que responder a seis cuestiones diferentes diseñadas para evaluar estigma (ítem 9), reconocimiento y causa de la patología (ítem 10 y 11), recomendación de búsqueda de ayuda (ítems 12 y 13) y barreras para búsqueda de ayuda profesional (ítem 14). Cada uno de los ítems tiene diferentes tipos de respuesta: alternativas de

respuesta de elección múltiple de entre 7 y 12 alternativas y escala tipo Likert (Ver anexo 9.3).

Además, se obtuvieron los siguientes datos demográficos: edad, sexo (hombre o mujer), el estado civil en el que se encuentran (soltero, divorciado/ separado o viudo, casado o viviendo en pareja), la percepción del sujeto respecto a su nivel socioeconómico actual (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto) y el nivel más elevado que poseen de estudios académicos (Diplomatura, Grado, Licenciatura, Máster, Grado, Doctorado y Cátedra)³.

4.3 PROCEDIMIENTO

La versión definitiva del cuestionario sobre *Conocimientos y Estigma Docente sobre Trastorno Obsesivo-Compulsivo (CEDTOC)* fue administrada en centros educativos de Denia (Alicante) entre febrero y marzo de 2014. Los centros educativos escogidos eran tanto de titularidad pública como privada y en los que se impartía docencia en diferentes etapas educativas.

Todos los participantes fueron informados del anonimato de la encuesta y los fines de investigación que ésta poseía. Dieron su consentimiento antes de participar en el estudio que quedaba redactado en el cuestionario de la siguiente manera (ver anexo 9.3): *"Doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.* Además a todos los participantes se les explicó el objetivo a alcanzar con los datos que se recabasen de esta investigación y se les dio información respecto al procedimiento de contestación del cuestionario. Cada uno de los docentes participantes de la investigación estaban informados y totalmente de acuerdo con la utilización de estos resultados, los cuales no reflejaban ningún dato del que se pudiese conocer su identidad, aunque el cuestionario sí recababa algunos datos personales y variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, percepción sobre nivel socioeconómico y nivel de estudios).

³ Entendemos que al ser profesionales del ámbito docente ninguno de los participantes van a tener un nivel académico menor a una diplomatura, por lo que no se reflejan estudios inferiores en el ítem.

4.4 ANÁLISIS DE DATOS

En el presente apartado se realiza una enumeración de los diferentes datos analizados a lo largo del presente estudio. Cada uno de ellos ha sido analizado a través del paquete estadístico de SPSS 19.0 para Windows.

Por lo que respecta a los estadísticos descriptivos cabe decir que se han analizado las frecuencias y porcentajes de cada uno de los ítems. Además, algunos apartados del cuestionario están contruidos bajo el método de Likert, y este tipo de respuestas no nos ofrece estimaciones del grado de acuerdo que hay que tener para estar de acuerdo con un ítem. Por lo tanto, no es posible ofrecer una interpretación absoluta de la puntuación de un sujeto (McIver y Carmines, 1981), es por ello que he procedido a calcular los estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica) refiriendo así las puntuaciones obtenidas por el grupo de referencia al que pertenece el sujeto.

Para realizar la comparación entre grupos, se ha empleado la prueba t de Student (2 grupos) para grupos independientes, y el estadístico de Chi-cuadrado (χ^2) cuando los datos eran categoriales.

5. RESULTADOS

En el presente apartado se realiza una enumeración de los diferentes resultados obtenidos a partir del análisis de datos realizado.

5.1 CONOCIMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

5.1.1 RECONOCIMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

En la tabla 3 aparece el recuento y porcentaje de las categorías asignadas para describir los síntomas presentados en la viñeta. Los resultados indican que la mitad (50,8%) de los docentes reconocen en la viñeta presentada que los síntomas descritos se corresponden con un trastorno obsesivo-compulsivo. Otras patologías asignadas a la persona descrita en la viñeta de trastorno obsesivo-compulsivo son trastorno de ansiedad generalizada (17,5%), estrés de la vida general (3,3%), depresión (3,3%), esquizofrenia (0,8%), fobia social/trastorno de ansiedad social (7,5%), trastorno de estrés post-traumático (1,7%), trastorno de pánico (3,3%), fobia (7,5%), trastorno de personalidad (1,7%), problemas médicos (0,0%) y otros trastornos como, por ejemplo, el trastorno del espectro autista (1,7%) (Ver Tabla 3). Cabe añadir que, únicamente, la alternativa de "problemas médicos" no fue escogida por ningún encuestado.

TABLA 3. Recuento (n) y porcentaje (%) de las categorías asignadas para describir los síntomas presentados en la viñeta por los 120 encuestados.

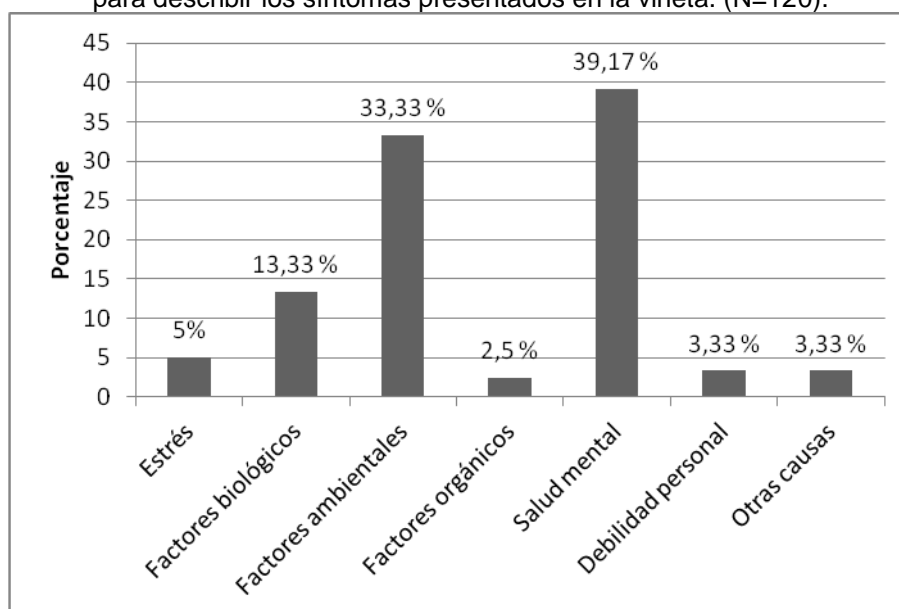
Categorías	%	n
Estrés de la vida en general	3,3%	4
Depresión	3,3%	4
Esquizofrenia	0,8%	1
Fobia social / Trastorno de ansiedad social	7,5%	9
Trastorno de ansiedad generalizada	17,5%	21
Trastorno de estrés post-traumático	1,7%	2
Trastorno obsesivo compulsivo	50,8%	61
Trastorno de pánico	3,3%	4
Fobia	7,5%	9
Trastorno de personalidad	1,7%	2
Problemas médicos	0,0%	0
Otro trastorno le está sucediendo a Javier	1,7%	2

Nota. Las categorías eran seleccionadas por los docentes participantes en respuesta a la siguiente pregunta: "¿Qué cree que le puede estar pasando a Javier?".

5.1.2 RECONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DEL TOC

Los resultados sobre las causas primarias percibidas con respecto a la descripción de los síntomas presentados en la viñeta se presentan en la Gráfica 1. Los resultados indican que la mayor parte de los participantes indicaron que la causa de los síntomas descritos eran debidos a un problema de "salud mental" (39,17%, n=47) o que se debía a "factores ambientales" (33,33%, n=40). Seguidamente, y con una gran diferencia de porcentajes, encontramos que los docentes encuestados también consideran como causas la influencia de "factores biológicos" (13,3%, n=16); el "estrés" (5%, n=6); la "debilidad personal" (3,3%, n=4) o la influencia de los "factores orgánicos" (2,5%, n=3).

Gráfico 1. Porcentaje de respuestas respecto a la creencia sobre cuál es la causa primaria para describir los síntomas presentados en la viñeta. (N=120).

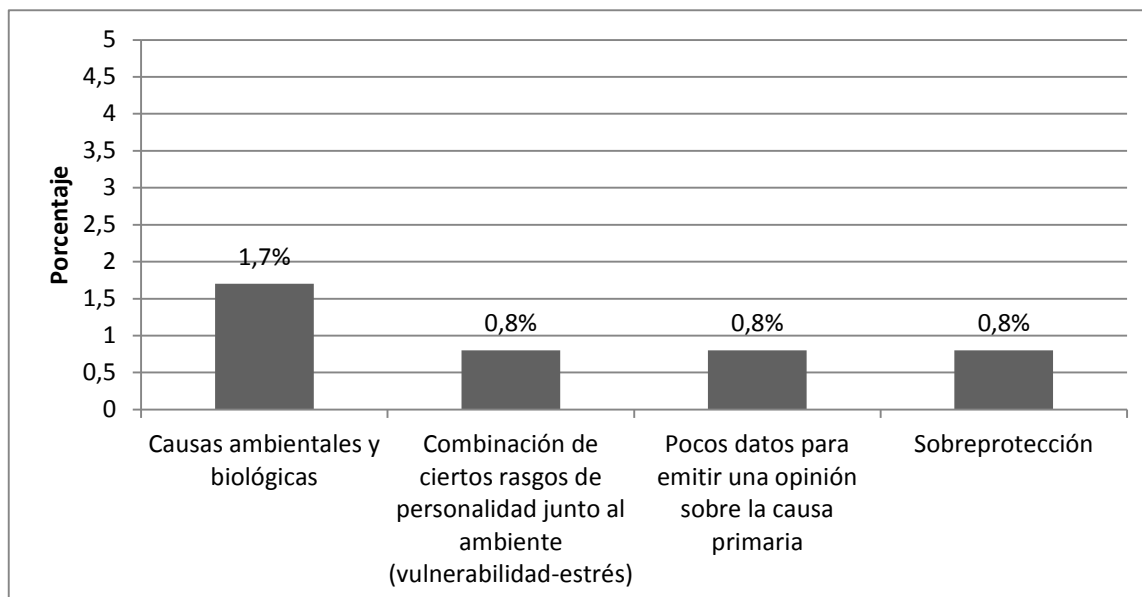


Nota. Los participantes respondían a la siguiente pregunta: "¿Cuál piensa que es la causa primaria que desencadena el problema de Javier?".

Por otra parte, podemos encontrar que una parte de los encuestados han escogido la opción de "otras causas" (3,3%, n=4), puesto que consideran que son otros los factores o causas primarias que desarrollan la patología mostrada en la viñeta del cuestionario (Ver Gráfica 2). Entre estas otras causas los resultados muestran que algunos encuestados consideran que la causa principal para esta sintomatología es "una combinación de factores ambientales y biológicos" (1,7%, n=2); una "combinación de la

personalidad con el ambiente" (0,8%, n=1); una "sobrepotección excesiva" (0,8%, n=1) del sujeto; o consideran que existen "pocos datos para emitir una opinión sobre la causa primaria" (0,8%, n=1).

Gráfico 2. Porcentaje de respuestas respecto a la opción de "otras causas primarias" para describir los síntomas presentados en la viñeta. (N=120).

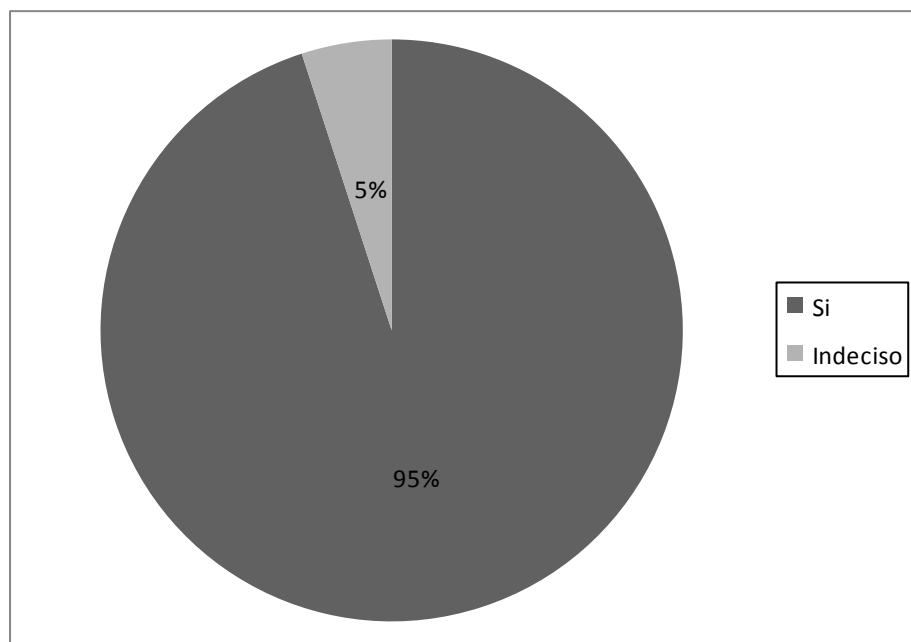


Nota. Los participantes respondían a la pregunta: "Otras causas primarias".

5.1.3 CONOCIMIENTO Y CREENCIAS SOBRE LA AYUDA PROFESIONAL

En cuanto a las recomendaciones sobre la búsqueda de ayuda profesional, el primer aspecto que se examinó fue el porcentaje de docentes encuestados que recomendaban buscar ayuda para tratar el trastorno descrito en la viñeta. Para ello, se les preguntó si creían que era necesario que la persona descrita en la viñeta buscara ayuda para solucionar o paliar sus síntomas. Los resultados se ven reflejados en la Gráfica 3. Tal y como podemos apreciar de los 120 docentes encuestados, ninguno de ellos respondió "No" a la necesidad que tenía la persona descrita en la viñeta de buscar ayuda profesional para resolver su problema. Un 95% (n= 114) de los docentes afirman la necesidad de que el sujeto busque ayuda para poder tratar adecuadamente los síntomas que presenta, y solo un 5% (n=6) se sentían indecisos o confusos sobre si era o no necesario la búsqueda de ayuda profesional.

Gráfico 3. Porcentaje de respuestas respecto a la creencia de la necesidad de búsqueda de ayuda profesional.



Nota. Los docentes encuestados respondían a la siguiente pregunta: "¿Cree que Javier debería buscar ayuda profesional para resolver su problema?".

Por otra parte, se analizó cuales eran los profesionales a los que se debería derivar a éste sujeto según el criterio de los docentes encuestados. Tal y como podemos apreciar en la Tabla 4, un 73,35 % de los participantes (n=88 sujetos) indicaron que debía acudir al psicólogo, siendo la recomendación más frecuente. Seguidamente, y en segunda posición de elección por parte del profesorado se situarían los y las psiquiatras con un 41,5% (n=49), y en tercer lugar, sería derivado al médico de cabecera con un 28% (n=33). Sin embargo, neurólogos (9,2%), profesionales de salud mental inespecificados (8,3%) y trabajadores sociales (1,7%) no son comúnmente sugeridos por los docentes en el presente estudio. Cabe destacar que ninguno de los participantes derivarían al sujeto a ningún profesional relacionado con el área espiritual o religiosa, como puede ser el clero.

TABLA 4. Recuento (n) y porcentaje (%) de los profesionales a los que derivarían al sujeto con los síntomas descritos en la viñeta.

PROFESIONALES	%	n
Médico de cabecera	28,0%	33
Psiquiatra	41,5%	49
Psicólogo	73,3%	88
Orientador/a	27,5%	33
Clero	0%	0
Profesional salud mental inespecífico	8,3%	10
Trabajador social	1,7%	2
Neurólogo	9,2%	11

Nota. Las categorías eran seleccionadas por los docentes participantes en respuesta a la siguiente pregunta: "Según su criterio, ¿A qué profesional o profesionales debería ser derivado Javier?"

Otro aspecto que se valoró durante esta investigación eran las creencias que tenían los docentes encuestados en cuanto a cuales podían ser las barreras o impedimentos que tenía el sujeto descrito a la hora de buscar ayuda profesional para tratar sus síntomas. Tal y como apreciamos en la Tabla 5, clasificada por categorías de agrupaciones de las barreras (categoría 1. Reconocimiento y creencias sobre el problema.; Categoría 2. Estigma y Categoría 3. Conocimiento sobre tratamientos/ búsqueda ayuda), las tres principales barreras que los docentes encuestados asocian con los síntomas que presenta el sujeto descrito son, en primer lugar, la barrera de que el sujeto "*Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves*" con un 47,5% (n=57), en segundo lugar, los docentes suponen que el sujeto "*Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento*" con un 45% (n= 54), y en tercer lugar, los encuestados consideran que el sujeto "*Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma*" con un 30% (n=36).

TABLA 5. Categorización, recuento (n) y porcentaje (%) de elección de las barreras para la búsqueda de ayuda profesional. (N=120)

Categorías	Barreras	Si	No
	Piensa que el problema es temporal	4,2% (5)	95,8% (115)
Categoría 1. Reconocimiento y creencias sobre el problema.	Piensa que puede controlar el problema	27,5% (33)	72,5% (87)
	Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves	47,5% (57)	52,5% (63)
	El problema no interfiere en sus actividades diarias	8,3% (10)	91,7% (110)
Categoría 2. Estigma.	Tiene miedo de sus conductas y/o pensamientos	11,7% (14)	88,3% (106)
	Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos	14,2% (17)	85,8% (103)
	Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma	30,0% (36)	70,0% (84)
	Tiene miedo a ser criticado o rechazado por las personas de su entorno	28,3% (34)	71,7% (86)
Categoría 3. Conocimiento sobre tratamientos/ búsqueda ayuda.	Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento	45,0% (54)	55,0% (66)

Nota. Datos ofrecidos como % (n). Las categorías eran seleccionadas por los docentes participantes en respuesta a la siguiente pregunta: "Según su criterio, ¿Por qué cree que Javier o una persona con su mismo problema no pide ayuda? Marque tantas opciones como crea necesario".

Además otras barreras que han escogido los docentes como posibles obstáculos para que el sujeto busque ayuda profesional son las siguientes: un 28,3% determinan que es posible a que esta no búsqueda de ayuda se dé por el "miedo a ser criticado o rechazado por las personas del entorno del sujeto"; un 27,5% por la creencia de que el sujeto "puede controlar el problema"; el 14,2% de los docentes escogió como posible barrera a la búsqueda de ayuda el ítem de "se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos" y un 11,7% la barrera de que el sujeto posiblemente "siente miedo de sus conductas y/o pensamientos".

Los aspectos menos escogidos por parte de los docentes son, por una parte, la consideración de que los síntomas mostrados "no interfieren en la vida diaria" del sujeto

(8,3%) y la consideración de que el "problema es temporal" y remitirá en un futuro (4,2%).

5.2 ESTIGMA EN EL ÁMBITO DOCENTE

Los resultados en referencia al penúltimo aspecto evaluado en la presente investigación, es decir, el estigma docente sobre el sujeto descrito en la viñeta de la encuesta, podemos apreciarlos en la Tabla 6.

TABLA 6. Estigma en el ámbito docente medido a través del ítem 9 del cuestionario CEDTOC (N=119).

	Media (DT)
Sentiría lástima por Javier (lástima)	2,92 (2,288)
¿Cómo de peligroso siente que es Javier? (peligrosidad)	2,34 (1,875)
¿Hasta qué punto Javier le asustaría? (miedo)	2,09 (1,732)
Pensaría que es culpa de Javier que se encuentre en su situación actual. (culpa)	1,72 (1,449)
Creo que sería mejor para comunidad que recluyeran a Javier en un hospital psiquiátrico. (segregación)	1,72 (1,426)
¿En qué medida se sentiría enfadado con Javier? (rabia)	1,34 (0,816)
¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Javier? (ayuda)	6,98 (2,205)
Intentaría alejarme de Javier (evitación)	1,54 (1,425)
¿Hasta qué punto está de acuerdo en que Javier debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico si él no quiere? (coerción)	4,61 (2,844)

Nota. Datos ofrecidos como Media (DT).

Teniendo en cuenta que para este ítem del cuestionario utilizamos, como apuntábamos anteriormente, una escala Likert de 1 (Para Nada) a 9 (Mucho), los resultados indican que entre los docentes encuestados hay bajos niveles de lástima respecto a la sintomatología mostrada por el sujeto de la viñeta. Respecto a las creencias de peligrosidad del sujeto, los resultados indican que existe un bajo nivel entre los docentes encuestados. De la misma manera ocurre con el sentimiento de miedo hacia un sujeto con los mismos síntomas que el descrito, que entre los encuestados hay unos niveles bajos, por lo que esto determina, que entre los docentes no hay sentimiento de miedo o de temor hacia un alumno como Javier. Centrando la atención en quien tiene la responsabilidad de padecer una patología similar a la que muestra el sujeto de la viñeta, existen unos bajos niveles de creencia entre los docentes de que la responsabilidad recaiga sobre el propio alumno. Por lo que respecta a los sentimientos de enfado que los

docentes pueden tener hacia el alumno descrito, los resultados determinan que la muestra encuestada no se sentiría disgustada ante personas que sufriesen sintomatologías similares a la mostrada. Al hablar de la necesidad de que el sujeto descrito en la viñeta sea recluido en un hospital psiquiátrico los resultados muestran que los docentes encuestados no lo consideran necesario. Además los resultados tampoco muestran que la muestra encuestada intentaría alejarse de sujetos con síntomas iguales o parecidos a los que se exponen en la viñeta de TOC. Por otra parte, podemos observar como los resultados extraídos a través del análisis de los datos nos muestran que entre los docentes encuestados hay una moderada creencia de que el sujeto debe ponerse en tratamiento médico, incluso en contra de su propia voluntad. Por último, los resultados indican que hay una alta predisposición por parte del ámbito docente a ofrecer ayuda al sujeto en cuestión.

5.3 COMPARATIVA DE CONOCIMIENTOS Y ESTIGMA ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y DOCENTES DE SECUNDARIA

El último aspecto evaluado en la presente investigación se corresponde con el tercer objetivo que nos planteábamos anteriormente, es decir, el realizar una comparativa entre los conocimientos y estigma sobre salud mental, especialmente sobre el TOC, que poseen los docentes de educación infantil y primaria con los presentados por los docentes de educación secundaria obligatoria.

5.3.1 DIFERENCIAS DE RECONOCIMIENTO DEL TOC ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA

Los resultados indican que hay un mayor porcentaje de identificación de los síntomas descritos en la viñeta como un TOC (55,6%) entre docentes de educación infantil y primaria que entre los de educación secundaria (45,6%) (Ver tabla 7), sin embargo, estas diferencias no son significativas ($X^2(1)=1,183$, $p=,277$). Además, los resultados reflejan la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos al categorizar los síntomas como depresión.

TABLA 7. Porcentaje (n) de participantes que eligen la patología descrita en la viñeta teniendo en cuenta el nivel al cual imparten docencia.

	Nivel al que imparten docencia		$\chi^2(1)$	p
	Educación Infantil-Primaria (n=63)	Educación secundaria (n=57)		
Estrés de la vida en general	3,2% (2)	3,5% (2)	0,010	,919
Depresión	0,0% (0)	7% (4)	4,574	,032
Esquizofrenia	0,0% (0)	1,8% (1)	1,115	,291
Fobia social / Trastorno de ansiedad social	11,1% (7)	3,5% (2)	2,493	,114
Trastorno de ansiedad generalizada	12,7% (8)	22,8% (13)	2,118	,146
Trastorno de estrés post-traumático	1,6% (1)	1,8% (1)	0,005	,943
Trastorno obsesivo compulsivo	55,6% (35)	45,6% (26)	1,183	,277
Trastorno de pánico	6,3% (4)	0,0% (0)	3,744	,053
Fobia	6,3% (4)	8,8% (5)	0,253	,615
Trastorno de personalidad	1,6% (1)	1,8% (1)	0,005	,943
Problemas médicos	0,0% (0)	0,0% (0)	-	-
Otro trastorno:				
Trastorno del espectro autista	1,6% (1)	1,8% (1)	0,005	,943
Total	100% (63)	100% (57)		

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (n) con respecto a cada uno de los grupos de docentes.

5.3.2 DIFERENCIAS DE CREENCIAS SOBRE LAS CAUSAS ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA

Los resultados sobre las diferentes creencias respecto a las causas primarias percibidas acerca de la descripción de los síntomas presentados en la viñeta de los dos grupos de docentes comparados se muestran resumidos en la Tabla 8. Ambos grupos indicaron que la causa de los síntomas descritos en la viñeta presentada eran los “factores ambientales” o los problemas relacionados con “salud mental”, no se observan diferencias significativas entre docentes de educación infantil-primaria y docentes de secundaria en las causas percibidas.

TABLA 8. Porcentaje (n) de la elección de causas primarias para síntomas descritos en la viñeta teniendo en cuenta la formación de los participantes.

	Nivel al que imparten docencia		$X^2(1)$	p	
	Educación Infantil-Primaria (n=63)	Educación secundaria (n=57)			
¿Cuál piensas que es la causa primaria que desencadena el problema de Javier? (item 11)	Estrés	6,3% (4)	3,5% (2)	0,508	,476
	Factores biológicos	14,3% (9)	12,3% (7)	0,104	,747
	Factores ambientales	33,3% (21)	33,3% (19)	0,000	1,000
	Factores orgánicos	0,0% (0)	5,3% (3)	1,452	,228
	Salud mental	36,5% (23)	42,1% (24)	0,393	,530
	Debilidad personal	6,3% (4)	0,0% (0)	3,744	,053
Total	Otras causas	3,5% (2)	3,5% (2)	2,925	,571
		100% (63)	100% (57)		

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (n) con respecto a cada uno de los grupos de docentes

5.3.3 DIFERENCIAS DE CREENCIAS SOBRE LA AYUDA ENTRE DOCENTES DE EDUCACIÓN INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA

En cuanto a las recomendaciones sobre la búsqueda de ayuda profesional, el primer aspecto que hemos examinado son diferencias existentes entre las creencias sobre recomendación de búsqueda de ayuda entre docentes de infantil/primaria y docentes de secundaria. Tal y como apreciamos en la Tabla 9, ambos grupos recomiendan por igual la necesidad de que este sujeto, independientemente de la patología padecida, busque ayuda profesional para remediarlo o tratarlo ($X^2(1) = 5,714, p = ,017$).

TABLA 9. Porcentaje (n) de creencias sobre la necesidad de búsqueda de ayuda profesional para el sujeto descrito en viñeta teniendo en cuenta la formación de los participantes.

	Nivel al que imparte clases		
	Educación Infantil-Primaria (n=63)	Educación secundaria (n=57)	
¿Cree que Javier debería buscar ayuda profesional para resolver su problema? (item 12)	Si	90,5% (57)	100% (57)
	Indeciso	9,5% (6)	0,0% (0)
	No	0,0% (0)	0,0% (0)
Total	100% (63)	100% (57)	

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (n) con respecto al grupo de docentes de Educación infantil-primaria (n=63) y con el grupo de docentes de Educación Secundaria (n=57).

Por otra parte, se han analizado las diferencias entre ambos grupos sobre la elección de cuáles eran los profesionales a los que se debería derivar al sujeto descrito en la viñeta. Los resultados (Tabla 10) indican que los docentes de infantil/primaria recomiendan, en mayor medida que los de secundaria, que el sujeto debía acudir al psicólogo. Pese a que encontramos diferencias significativas no podemos obviar que los resultados muestran que el psicólogo sigue siendo el profesional más recomendado. Sin embargo, ocurre lo contrario cuando se trata de recomendar al psiquiatra como profesional que debe atender al sujeto. Según los resultados, y existiendo diferencias significativas, podemos apreciar como los docentes de secundaria determinan con un 54,4% la recomendación de este profesional por encima de los docentes de infantil-primaria.

TABLA 10. Porcentaje (n) respecto a los profesionales a los que derivarían al sujeto descrito en la viñeta teniendo en cuenta el nivel de formación de los participantes.

Profesionales	Nivel al que imparte clases		$\chi^2(1)$	p
	Educación Infantil-Primaria (n= 63)	Educación secundaria (n=57)		
Médico de cabecera	22,2% (14)	33,3% (19)	1,853	,173
Psiquiatra	28,6% (18)	54,4% (31)	8,254	,004
Psicólogo	76,2% (48)	70,2% (40)	0,554	,045
Orientador/a	30,2% (19)	24,6% (14)	0,470	,493
Clero	0,0% (0)	0,0 % (0)	-	-
Profesional salud mental inespecífico	7,9% (5)	3,8% (5)	0,027	,869
Trabajador social	3,2% (2)	0,0 % (0)	1,840	,175
Neurólogo	9,5% (6)	8,8% (5)	0,020	,887

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (n) con respecto al grupo de docentes Educación infantil-primaria (n=63) y con el grupo de docentes de Educación Secundaria (n=57).

Por último, otro aspecto que hemos valorado realizando una comparativa entre ambos grupos de docentes son las creencias que tienen en cuanto a cuales podían ser las barreras que pueda tener el sujeto descrito a la hora de buscar ayuda profesional para tratar sus síntomas. Tal y como apreciamos en la Tabla 11, los docentes de educación infantil-primaria han escogido en mayor medida que los de secundaria, las afirmaciones de "*Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves*" y "*Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento*" como posibles barreras que obstaculizan al sujeto a buscar ayuda profesional, aunque podemos apreciar que en ninguna de éstas barreras existen diferencias significativas entre ambos grupos. Por otra parte, los docentes de secundaria consideran como un mayor obstáculo de demora de la búsqueda

de ayuda la afirmación de "*Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma*" frente a los docentes de infantil-primaria, aunque sin diferencias significativas entre ambos grupos. Además se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos en la barrera "*Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos*".

TABLA 11. Porcentaje (n) de elección respecto a las barreras que obstaculizan la búsqueda de ayuda al sujeto descrito, teniendo en cuenta el nivel de formación de los participantes.

Barreras	Nivel de formación		X ² (1)	p
	Educación Infantil-Primaria (n=63)	Educación secundaria (n=57)		
Piensa que el problema es temporal	2,5% (3)	1,7% (2)	0,118	,732
Piensa que puede controlar el problema	18,6% (22)	9,2% (11)	3,663	,056
Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves	29,2% (35)	18,3% (22)	3,451	,063
Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos	11,7% (14)	2,5% (3)	7,078	,008
Tiene miedo de sus conductas y/o pensamientos	8,3% (10)	3,3% (4)	2,277	,131
El problema no interfiere en sus actividades diarias	4,2% (5)	4,2% (5)	0,027	,869
Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma	11,7% (14)	18,3% (22)	3,821	,051
Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento	25,8% (31)	19,2% (23)	0,948	,330
Tiene miedo a ser criticado o rechazado por las personas de su entorno	13,3% (16)	15,0% (18)	0,563	,453

Nota. Datos ofrecidos como porcentaje (n) con respecto al total de docentes (n=120).

5.3.4 DIFERENCIAS DE ESTIGMA ENTRE DOCENTES DE INFANTIL-PRIMARIA Y SECUNDARIA

Los resultados muestran que no existen diferencias significativas en el estigma asociado al TOC en docentes de infantil-primaria y docentes de educación secundaria (Ver tabla 12).

TABLA 12. Diferencia de estigma entre docentes de infantil-primaria vs docentes de secundaria. (N=120)

	Nivel al que imparte clases		$X^2(1)$	p
	Educación Infantil-Primaria (n=63)	Educación secundaria (n=57)		
Sentiría lástima por Javier	2,87 (2,196)	2,96 (2,405)	-0,219	,827
¿Cómo de peligroso siente que es Javier?	2,35 (1,951)	2,33 (1,806)	0,062	,950
¿Hasta qué punto Javier le asustaría?	2,31 (1,930)	1,86 (1,469)	1,412	,161
Pensaría que es culpa de Javier que se encuentre en su situación actual.	1,74 (1,378)	1,70 (1,535)	0,150	,881
Creo que sería mejor para comunidad que recluyeran a Javier en un hospital psiquiátrico	1,65 (1,527)	1,81 (1,315)	-0,617	,538
¿En qué medida se sentiría enfadado con Javier?	1,44 (0,917)	1,23 (0,682)	1,391	,167
¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Javier?	7,16 (1,866)	6,79 (2,527)	0,918	,896
Intentaría alejarme de Javier	1,53 (1,457)	1,54 (1,402)	-0,044	,965
¿Hasta qué punto está de acuerdo en que Javier debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico si él no quiere?	4,58 (2,755)	4,65 (2,961)	-0,131	,360

Nota. Datos ofrecidos como media (DT).

6. DISCUSIÓN

Este es el primer estudio realizado, que evalúa tanto el conocimiento en salud mental como el estigma en el ámbito docente en población española. Entender el conocimiento que poseen los docentes de las diferentes etapas educativas sobre el trastorno obsesivo-compulsivo y las barreras para la búsqueda de ayuda profesional y tratamientos es importante dado el substancial impacto negativo del trastorno y su posible cronicidad, especialmente entre la población infantil y adolescente. Además, como podemos observar, los resultados de este estudio sugieren áreas de fortaleza y de debilidad en relación al conocimiento (mental health literacy) y al estigma asociado al TOC.

Respeto al **primer objetivo** planteado para la presente investigación, la mitad de los docentes encuestados reconocieron los síntomas presentados en la viñeta como un trastorno obsesivo-compulsivo, reflejándolo como una patología por la cual hay que preocuparse. Además casi de manera unánime, la mayoría de los docentes participantes manifestaron la necesidad de buscar ayuda profesional ante los síntomas presentados en la viñeta.

Por otra parte, cabe destacar que los resultados expuestos en el presente documento son importantes para demostrar que, cuando se presenta una breve viñeta describiendo los síntomas del TOC y sus efectos negativos en el día a día de una persona, independientemente de que acierten o no en el reconocimiento de la patología, la mayor parte de los docentes encuestados son capaces reconocer los síntomas como un motivo de preocupación y de necesidad de ofrecer ayuda o sugerir la búsqueda de ayuda profesional.

La mayor parte de las investigaciones sobre conocimiento en salud mental han focalizado su atención en la evaluación de la capacidad mostrada por los sujetos para etiquetar o categorizar correctamente con el nombre del trastorno o desorden (por ejemplo, "trastorno obsesivo-compulsivo", "depresión", "esquizofrenia", etc.), los síntomas descritos en los diferentes instrumentos de medida, especialmente, al evaluar a través de viñetas, como por ejemplo, observamos en las investigaciones de Coles y Coleman (2010), Coles et al. (2013) o Lauber et al. (2013), entre otras. Sin embargo, podemos percatarnos que otros niveles de reconocimiento también facilitan la búsqueda

de ayuda, tales como, el reconocimiento de los síntomas como una alerta o como un indicativo de una enfermedad mental. De hecho, los resultados del presente estudio sugieren que el etiquetado correcto con el nombre del trastorno descrito en la viñeta puede no ser imprescindible para asumir la necesidad de recomendar la búsqueda de ayuda y/o tratamiento. De hecho los resultados muestran que a pesar de que solo el 50,8% de los docentes etiquetan correctamente el trastorno, el 95% recomiendan la búsqueda de ayuda profesional. Aunque algo que no podemos negar es el hecho de que un correcto etiquetado de los síntomas facilita mucho la búsqueda de ayuda y mejora la adecuación y calidad del tratamiento ofrecido a los que lo padecen.

Cuando se les preguntó a los docentes sobre los profesionales más adecuados para tratar los síntomas del alumno descrito en la viñeta, un gran porcentaje determinó que debían ser el psicólogo, el psiquiatra y/o el médico de cabecera. Estos resultados nos hacen plantearnos la cuestión de si los docentes escogen al médico de cabecera porque se trata del profesional más adecuado para tratar los síntomas descritos o la elección se fundamenta en el hecho de que en el sistema sanitario español es necesario previamente acudir a este profesional para poder ser derivado a los especialistas correspondientes. Los docentes consideran en menor medida que los propios orientadores educativos puedan ayudar a las personas con éstos síntomas, aunque cabe destacar el importante papel que el orientador educativo puede tener en la evaluación y derivación del alumnado con estas patologías a profesionales sanitarios. Es posible que si la pregunta formulada en el cuestionario se hubiese realizado de otra manera, como por ejemplo, ¿Qué haría si fuera su alumno? ¿A quién lo derivaría?, las recomendaciones de los docentes podrían haber variado considerando al orientador del centro educativo como el principal profesional al que derivaría en primera instancia al alumnado, pues debemos recordar que las funciones de evaluación psicopedagógica y derivación del alumnado son, inicialmente, responsabilidad del orientador educativo. Por último, debemos añadir que un aspecto que nos llama la atención respecto a los resultados extraídos en referencia a los profesionales recomendados es el hecho de que ningún participante manifiesta que derivaría al sujeto a ningún profesional relacionado con el área espiritual o religiosa, como puede ser el clero. Esto puede ser debido a que la encuesta ha sido pasada en una sociedad occidental, donde la espiritualidad y la religiosidad no se suele relacionar con los trastornos de salud mental. En trabajos realizados en otros contextos

podemos apreciar como también influye bastante la cultura de la que forma parte un sujeto a la hora de atribuir como causa principal de los trastornos mentales, los fenómenos sobrenaturales o mágicos, como por ejemplo, brujerías, hechizos o posesiones (Razali et al., 1996).

Focalizando la atención sobre las causas percibidas de los síntomas descritos en la viñeta, cerca de la mitad de los docentes exponen a través de la encuesta que la causa primaria para los síntomas descritos son problemas de salud mental. Estos porcentajes elevados para la categoría de "salud mental" se han visto reflejados en otras investigaciones, como por ejemplo, la llevada a cabo por Coles y Coleman (2010) con población universitaria, en la que aproximadamente el 50% de los participantes del estudio atribuían como causa primaria de los síntomas de la viñeta de TOC a aspectos relacionados con la "salud mental". Con ello podemos suponer que los síntomas descritos son fácilmente atribuibles a problemas relacionados con la salud mental del sujeto. Además un 33,33% atribuyen como causa primaria para los síntomas presentados, los factores ambientales, dato que supera a los factores biológicos. Lo que determina que en el ámbito docente se consideran los factores ambientales (como por ejemplo, una educación excesivamente estricta, traumas infantiles, estrés, etc.) como desencadenantes principales del trastorno. Aunque actualmente hay evidencias de que hay una influencia de tanto factores endógenos como factores exógenos (Collazos, 2007).

Por lo que respecta a los obstáculos que dificultan la búsqueda por parte de los sujetos que padecen trastornos mentales, los docentes encuestados han puesto de manifiesto sus propias creencias respecto a las posibles barreras. Las barreras más escogidas por los docentes como posibles obstáculos para la búsqueda de tratamiento son, en primer lugar, el pensamiento por parte del sujeto que padece el trastorno de que sus conductas y/o pensamientos no son graves y, en segundo lugar, el pensamiento de que no necesitan ayuda profesional para poder superar su problema. Los resultados muestran que existe una creencia por parte del ámbito docente, y podemos hipotetizar que por parte de la población general, de que los sujetos que padecen estos síntomas reconocen la existencia de comportamientos anómalos, aunque intentan controlarlo por si mismos sin buscar ayuda profesional, bien porque piensan que no son tan graves como para que puedan interferir en su vida cotidiana, bien por un miedo a ser rechazados por la

sociedad. Esta percepción por parte de los docentes, se ajusta con lo hallado en población clínica con TOC cuando se les pregunta por los motivos de la alta demora en solicitar ayuda para sus síntomas (Belloch, Del valle, Morillo, Carrió y Cabedo, 2009). Por otra parte, la creencia en que el estigma de la sociedad hacia el paciente pudiera ser una barrera, contrasta con los bajos niveles de estigma encontrados en los docentes. Por ello, respecto al **segundo objetivo**, es decir, es el estigma docente respecto a un sujeto que presenta síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo, podemos concluir que la muestra analizada en el presente estudio posee un bajo nivel de estigma hacia personas con síntomas similares a los del sujeto descrito en la viñeta. Tiene bajos niveles de lástima, rabia o miedo, de creencia de peligrosidad del sujeto, y de responsabilidad sobre su propia patología. Además los docentes encuestados creen que no es necesaria la segregación o exclusión del sujeto del centro educativo al que acude, y tampoco intentarían alejarse, sino más bien, ofrecerían su ayuda al sujeto. Por último, en relación a los ítems de estigma, podemos añadir que deberemos tener en cuenta que existe la posibilidad de que las respuestas dadas en el cuestionario hayan sido contestadas bajo el influjo de la deseabilidad social, por lo tanto, sería interesante en estudios futuros correlacionar los resultados obtenidos en estos ítems con los datos obtenidos en alguna escala que mida la deseabilidad social de los encuestados, para comprobar si las respuestas dadas son fruto de contestaciones premeditadas con el objetivo de responder tal y como dictan las convicciones sociales.

Respecto al **tercer objetivo**, es decir, realizar una comparativa entre las diferencias existentes sobre conocimientos en salud mental entre docentes dedicados a la enseñanza en niveles de educación primaria y el profesorado de educación secundaria obligatoria, podemos concluir en base a los resultados que existen diferencias significativas entre ambos grupos a la hora de categorizar los síntomas descritos en la viñeta como depresión, aunque tenemos que tener en cuenta que estas diferencias pueden deberse a que ningún docente de educación infantil-primaria han escogido este trastorno. Por otra parte, los resultados reflejan diferencias significativas entre ambos grupos al escoger a los psicólogos y psiquiatras como profesionales a los que se debería derivar al sujeto descrito en la viñeta. Pese a esta diferencia significativa debemos tener en cuenta que el psicólogo sigue siendo el profesional más recomendado entre los docentes de educación infantil-primaria y el psiquiatra entre los docentes de secundaria. Además, otro aspecto

en el que los resultados han mostrado diferencias significativas entre ambos grupos ha sido en la barrera de demora de búsqueda de ayuda profesional de “Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos”.

Por lo tanto, y a la luz de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación podemos decir que las hipótesis relacionadas con los dos primeros objetivos se corroboran, mientras que la hipótesis relacionada con el tercer objetivo de la presente investigación no se corrobora. En primer lugar, hemos podido comprobar que pese a la existencia de un moderado etiquetado de la patología por los docentes encuestados un alto porcentaje muestra su acuerdo con la necesidad de que el sujeto busque ayuda profesional para tratar sus síntomas. En segundo lugar, hemos podido comprobar que los docentes muestran un bajo estigma hacia el alumno descrito en la viñeta. Por último, pese a la idea inicial de que los docentes de etapas educativas iniciales poseerían un conocimiento ligeramente más elevado que los docentes de secundaria, presuponiendo que su formación universitaria está más centrada en la atención individualizada del alumnado y en las particularidades de éste, debemos decir que a través de los resultados extraídos no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

Para concluir, cabe decir que el presente estudio tiene algunas limitaciones que vale la pena exponer, y entre ellas incluimos, la relativa homogeneidad de la muestra que puede no representar a la población general (es decir, la muestra es homogénea en términos de nivel educativo, profesión, solo limitada a docentes de un pueblo de la provincia de Alicante, etc.), sin embargo, esto constituye a la vez una fortaleza de este estudio, cuyo objetivo era el análisis de los conocimientos sobre salud mental, especialmente el TOC, de un grupo que está en contacto continuo con alumnado que pueda estar padeciendo una enfermedad mental sin diagnosticar, es decir, los docentes. Realizar la investigación en una zona concreta, aunque no represente a la población general, supone mayores facilidades a la hora de llevar a cabo programas o talleres para mejorar el conocimiento que esta muestra concreta posee sobre ésta área de la psicología. Por otro lado, otra limitación encontrada en la presente investigación es la posibilidad de no haber contemplado a través de la encuesta otros aspectos que obstaculizan la búsqueda de ayuda profesional, como por ejemplo, miedo o poca adherencia al tratamiento, desconfianza en los profesionales médicos, etc. y, por último, la viñeta de TOC presenta

unos síntomas prototípicos en los que se incluye el miedo a la contaminación y los rituales de lavado que pueden facilitar el reconocimiento de éste, ya sea por sentido común o por la explotación mediática que han tenido estos síntomas en los diferentes medios de comunicación (por ejemplo, en series de televisión como Monk o en filmografía como "El aviador" o "Mejor imposible", donde sus personajes presentaban indicios de padecer TOC). Sin embargo, la descripción de viñetas con otros síntomas, tales como los pensamientos sexuales o agresivos, son menos reconocibles o asociables a un trastorno obsesivo-compulsivo que otros síntomas más estereotípicos de la patología.

7. CONCLUSIONES

A través del siguiente apartado se intentarán mostrar algunas conclusiones extraídas a partir de la presente investigación desde el punto de vista de la mejora del conocimiento en salud mental en el ámbito docente, especialmente en TOC, y de las implicaciones que pueda tener el estudio para futuras investigaciones.

7.1 MEJORA DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DOCENTE

Tras la presente investigación y otros estudios realizados (Jorm, 2000; Coles y Coleman, 2010; Coles et al., 2013), se hace evidente que el público general y, especialmente, el ámbito docente, presentan un moderado conocimiento sobre salud mental. Si focalizamos la atención en el TOC, patología sobre la que se centra la presente investigación, podemos concluir que existe un reconocimiento y un conocimiento moderado sobre ésta entre los docentes encuestados, hecho que nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de informar a este sector de la población, pues son los profesionales que más tempranamente pueden detectarlo, sobre los diferentes síntomas, tipos y características de la patología, ya que como exponemos en el estudio su epidemiología es de entre un 1% y un 2%, mostrándose sus primeros síntomas, por norma general, antes de los 25 años de edad (Karno et al., 1988).

Tras los resultados obtenidos podemos aportar evidencias de la necesidad real que existe en el ámbito educativo de formación complementaria y, tal vez, apoyos y un mayor contacto con profesionales especializados en salud mental, por ejemplo, de las unidades de salud mental correspondientes, con el objetivo de mejorar el reconocimiento de trastornos relacionados con esta área, sus posibles causas y despejar las posibles dudas que pueden surgir entre docentes sobre la necesidad o no de recomendación de búsqueda de ayuda profesional. Por lo tanto, los docentes de las diferentes etapas educativas deben recibir formación e información de diferentes aspectos, tales como, el reconocimiento de los síntomas manifiestos y encubiertos como pueden ser las obsesiones, o las consecuencias que estos síntomas en la vida académica y personal del alumno/a (Daniszewski, 2013). Así como el uso de diversos indicadores, como por

ejemplo, la progresión académica, la capacidad que tiene el sujeto para relacionarse con el resto de compañeros/as, los cambios significativos en su vida social, etc., al evaluar si un discente debe ser derivado a un profesional por posibles problemas de salud mental (Rothi et al., 2008). Conocer como incluir estos indicadores en el proceso de identificación de una posible patología en el alumno/a aumenta las probabilidades de, en primer lugar, detectar el problema, en segundo lugar, combatir el auto-estigma del sujeto y, en tercer lugar, saber derivarlo al profesional adecuado. Por lo tanto, hay que tener presente que a la hora de elaborar programas para la mejora este conocimiento, tanto para el público general como para el ámbito docente, es importante ser conscientes de que éstos no deben ser diseñados con el objetivo de solucionar problemas puntuales, sino ir más allá, es decir, hacia la prevención, y que se deben organizar, tal y como hemos expuesto en la fundamentación teórica de la presente investigación, basándose en los diferentes elementos que componen el MHL. Además estos programas de mejora del conocimiento en TOC deben, en primer lugar, tratar de erradicar el estigma relacionado con el trastorno, aunque los docentes encuestados no muestren conductas estigmatizantes hacia el sujeto descrito en la viñeta, pues es posible que los bajos niveles de estigma informados estén influidos por la deseabilidad social; en segundo lugar, deben proporcionar conocimientos relacionados con el área, tanto de reconocimiento de la patología en sí como de las manifestaciones que tiene en la vida cotidiana y/o escolar, con el objetivo de mejorar esos moderados-bajos conocimientos que presentan los docentes; en tercer lugar, deben dar pautas de gestión y prevención de los problemas emocionales y de comportamiento asociados (Wei, Kutcher & Szumilas, 2011); y por último, sería interesante que impulsasen medidas y legislación asociada a la salud mental en las escuelas (Daniszewski, 2013).

7.2 IMPLICACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Esta investigación puede abrir las puertas a futuros estudios, pues pese a que el 95% de los docentes recomendarían al sujeto de la viñeta de TOC o a los familiares de éste, la búsqueda de ayuda profesional, estos datos son inconsistentes con los datos que muestran que solo una minoría de los individuos que padecen TOC realmente buscan

ayuda profesional (Coles et al., 2013), y que cuando lo hacen, solo una minoría lo hace por sus conocimientos previos sobre el trastorno (Belloch et al., 2009).

Por ello, en futuras investigaciones se podría centrar la atención en analizar si aquellos docentes que consideran que los sujetos con estos síntomas deben buscar ayuda profesional, a la hora de la verdad darían ese consejo o esa recomendación. Aunque cabría destacar que para que este tipo de recomendaciones tengan un efecto positivo, es decir, que realmente los sujetos busquen ayuda, es necesaria la influencia de diferentes factores, tales como la fuerza de la relación, la percepción de las actitudes de la víctima hacia el tratamiento y la normalidad con la que se hablan de los temas de salud mental con los sujetos, es importante (Woolcock y Campbell, 2005). Otro aspecto que podría ser interesante evaluar es si los niveles de conocimientos sobre el TOC aumentan tras realizar con esta muestra un taller relativo a la patología, realizando una evaluación antes y después del taller para comprobar si los conocimientos han aumentado o han permanecido estables.

En definitiva, podemos concluir diciendo que debido a las tasas de población que sufre problemas de salud mental, y especialmente TOC, en España, sería necesario tomar más en consideración el área de salud mental, tanto en el ámbito sanitario como en el educativo, además de adaptar los planes de estudios universitarios de los futuros profesionales educativos, incluyendo más contenidos en las diferentes asignaturas sobre esta área, pues cuanta más formación se dé a nuestros docentes sobre este aspecto, mayores conocimientos y recursos tendrán a disposición para poder detectar tempranamente estas posibles patologías, facilitar la búsqueda de ayuda temprana y evitar así la cronificación de los problemas de salud mental.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alem, A., Jacobsson, L., Araya, M., Kebede, D y Kullgren, G. (1999). How are mental disorders seen and where is help sought in a rural Ethiopian community? A key informant study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100, 40-47.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Andrés-Perpiñá, S., Lázaro-García, L., Canalda-Salhi, G. y Boget-Llucilà T. (2002). Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Neurológica*, 35, 959-963.
- Andrews, G., Henderson, S. y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Angermeyer, M. y Mastchinger, H. (1999). Social representations of mental illness among the public. En J. Guimon, W. Fisher y N. Sartorius (Eds.), *The image of madness: The public facing mental illness and psychiatry treatment* (pp. 20-38). Basel: Karger.
- Antony, M.M., Downie, F. y Swison, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder, En R.P Swinson, M.M. Antony, S.Rachman y M.A. Ritcher (Eds.), *Obsessive-Compulsive disorder: Theory, Research and Treatment* (pp. 3-32). Nueva York: Guilford Press.
- Appleton, P. (2000). Tier 2 CAMHS and its interface with primary care. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 338-396.
- Baer, L. y Jenike, M. (1992). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.
- Belloch, A., Del valle, G., Morillo, C., Carrió, C. y Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: the help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44, 257-264.

- Belloch, A., Cabedo, E. y Carrió, C. (2011). *TOC: Obsesiones y compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bellodi, L., Scuito, G., Diaferia, G., Ronchi, P. y Smareldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42, 112-120.
- Black, D.W., Yates, W.R., Noyes, R., Pfohl, B., Kelley, M. y Pharm, D. (1989). DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive study volunteers: A controlled study. *Journal of Personality Disorders*, 3, 58-62.
- Brändli, H. (1999). The image of mental illness in Switzerland. En J. Guimon, W. Fisher y N. Sartorius (Eds.), *The image of madness: The public facing mental illness and psychiatry treatment* (pp. 29-37). Basel: Karger.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R. y Mancil, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585- 599.
- Brown, T.A., Moras, K., Zinbarg, R.E. y Barlow, D.H. (1993). Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 24, 227-240.
- Canadian Mental Health Association (2012). Fast facts about mental illness. Recuperado el 20 de Marzo del 2014, www.cmha.ca/media/fast-facts-about-mentalillness/#.T8Zdfu1SQUU
- Canadian Psychiatric Association (2012). Youth and mental illness. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, <http://publications.cpa-apc.org/browse/documents/20>
- Clark, D.A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Nueva York: The Guilford Press.
- Coles, M. y Coleman, S.L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63-71.
- Coles, M., Heimberg, PH. y Weiss, M. (2013). The public's knowledge and beliefs about obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 00, 1-8.

- Coles, M., Weiss, B. y Heimber, R. (2011, Octubre). *Exploring Literacy in Mental Health and Illness*. Ponencia presentada en el 3rd Annual Health Literacy Research Conference. Illinois: Chicago.
- Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 2.
- Corrigan P. y Penn D. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54, 765–776.
- Corrigan, P. W. y Kleinlein, P. (2005): The impact of mental illness stigma. En P. W. Corrigan (Eds.), *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 11-44). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Uphoff Wasowski, K., Champion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., Gagnon, C. y Kubiak, M.A. (2000). Stigmatizing attributions about mental illness. *Journal of Community Psychology*, 28(1), 91-102.
- Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K. y Kubiak, M.A. (2003). Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 293-310.
- Crino, R.D. y Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and Axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 37-46.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En D. T. Gilbert (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504-508). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Dahlberg, K.M., Waern, M. y Runeson, B. (2008). Public attitudes about depression. Attitudes in persons with and without mental health care. *BMC Public Health*, 8 (8).
- Daniszewski, T. (2013). *Teachers' mental health literacy and capacity towards student mental health*. (Tesis doctoral). Universidad de Western Ontario, Canadá.
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H.G. y Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression: A retrospective study on course and interaction. *Psychopathology*, 26, 145-150.

- Dwyer, K. P. (2002). Mental health in schools. *Journal of Child and Family Studies*, 11, 101-111.
- FEAFES, Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2011). Recuperado el 20 de Marzo de 2014, <http://feafes.org/sala-prensa/dia-universal-del-nino-8153/>
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., y Rasmussen, S. A. (1995). DSM IV field trial: obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 990-996.
- Insel, T.R. y Akiskal, H.S. (1986). Obsessive- compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1527- 1533.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T. y Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jorm, A., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rogers, B. y Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The medical journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jorm, A., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. y Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 12.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders". *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Karno, M. y Golding, J.M. (1991). Obsessive-compulsive disorder, En L.N. Robins y D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study* (pp. 204-219). Nueva York: Free Press.
- Karno, M., Golding, JM., Sorenson, SB. y Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities". *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.

- Kermode, M., Bowen, K., Arole, S., Joag, K. y Jorm, A.F. (2009). Community beliefs about treatments and outcomes of mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*, 123(7), 476-83.
- Kickbush, I. (2001). Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promotion International*, 16 (3), 289-297.
- Kirby, M. J. y Keon, W. J. (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness, and addiction services in Canada*. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Klineberg, E., Biddle, L., Donovan, J. y Gunnell, D. (2010). Symptom recognition and help-seeking for depression in young adults: a vignette study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 495-505.
- Koller, J. R. y Bertel, J. M. (2006). Responding to today's mental health needs of children, families and schools: Revisiting the preservice training and preparation of school-based personnel. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 197-217.
- Kringlen, E., Torgersen, S. y Kramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lauber, C., Ajdacic-gross, V., Fritschi, N., Stulz, N. y Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite- an online survey among university students. Recuperado el 17 de Abril de 2014, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/44>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcató, L. y Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253, 248-251.
- Lensi, P., Cassano, G.B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J.L. y Akiskal, H.S. (1996). Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.

- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. y Pescosolido, B. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328 -1333.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. y Nuttbrock L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Loades, M. y Mastroyannopoulou, K. (2010). Teacher's recognition of children's mental health problems". *Child and Adolescent Mental Health*, Vol. 15, Nº 3, 150-156.
- Marks, I. (1987). *Fears, phobias and rituals. Panic, anxiety and their disorders (vols. I y II)*. Nueva York: Oxford University Press. (Versión española: Martínez-Roca, Barcelona, 1986)
- Matey, P. (2001). Muchos niños para el diván. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, <http://www.elmundo.es/elmundosalud/suplemento/2001/420/980928816.html>
- Matschinger, H. y Angermeyer, M. (1996). Lay beliefs about the causes of the mental disorders: a new methodological approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 309-315.
- McIver, J. P. y Carmines, E. G. (1981). *Unidimensional scaling*. Beverly Hills, CA: Sage.
- McKeon, P. y Carrick, S. (1991). Public attitudes to depression: a national survey. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 8, 116-121.
- Mehta, S. y Farina, A. (1988). Associative stigma: perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7, 192-202.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- OMS (Diciembre 2013): Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado el 20 de Marzo de 2014, http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

- Ottati, V., Bodenhausen, G. V. y Newman, L. S. (2005). Social psychological models of mental illness stigma. En P. W. Corrigan, *On the Stigma of Mental Illness* (pp. 99-128). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A. y Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International*, 33(4), 433-449.
- Parker, G. y Brown, L. (1982). Coping behaviors that mediate between life events and depression. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1386-1391.
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A. y Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social Science & Medicine*, 67(3), 431-440
- Priest, R., Vize, C., Roberts, A. y Tylee A. (1996). Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its lunch. *British Medical Journal*, 313, 858-859.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Engelwood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
- Rachman, S. y Shafran, R. (1998). Cognitive behavioural features of obsessive-compulsive disorder. En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. New York: Guilford Publications.
- Rasmussen, S.A. y Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Razali, S., Khan, U. y Hasanah, C. (1996). Belief in supernatural causes of mental illness among Malay patients: impact of treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 229-233.
- Rippiere, V. (1979). Scaling the helpfulness of antidepressive activities. *Behavior Research and Therapy*, 17, 439-449.


- Rootman, I. (2002). Health literacy and health promotion. *Ontario health promotion email bulletin*, 207, 1.
- Rothi, D., Leavey, G. y Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24, 1217-1231.
- Rothi, D., Leavey, G., Chamba, R. y Best, R. (2005). *Identification and management of pupils with mental health difficulties: A study of UK teachers' experiences and views*. Gran Bretaña, Londres.
- Santor, D., Short, K. H. y Ferguson, B. (2009). *Taking mental health to school: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario*. The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.
- Saxena, S., Brody, A.L., Schwartz, J.M. y Baxter L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 24-37.
- Shanley, D.C., Reid, G.J. y Evans, B. (2008). How parents seek help for children with mental health problems. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(3), 135-146.
- Short, K. H., Ferguson, B. y Santor, D. (2009). *Scanning the practice landscape in school-based mental health*. The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO.
- Steketee, G., Grayson, J.B. y Foa, E.B. (1985). Obsessive-compulsive disorder: Differences between washers and checkers. *Behavior Research and Therapy*, 23, 187-201.
- Summerfeldt, L.J., Huta, V. y Swinson, R.P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder, En R. Swinson, M. Antony, S. Rachman y M. Ritscher (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, Research and Therapy* (pp. 78-119). Nueva York: Guilford Press.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive-compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective*. Chichester, R.U: Wiley.
- Tallis, F. (1996). Compulsive washing in the absence of phobic and illness anxiety. *Elsevier Science Ltd*, Vol. 34, No. 4, 361-362.

- Thomsen, P.H. (1995). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 255-259.
- Wang, J., Adair, C., Fick, G., Lai, D., Evans, B., Perry, B. W. y Addington, D. (2007). Depression literacy in Alberta: Findings from a general population sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 442– 449.
- Wei, Y., Kutcher, S. y Szumilas, M. (2011). Comprehensive school mental health: An integrated School-Based Pathway to Care model for Canadian secondary schools. *McGill Journal of Education*, 46(2), 213-229.
- Weiner, B. (1995). *Judgements of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. New York: The Guilford Press.
- Weiss, L., Balon, R. y Layde, J.B (2013). Impact of Mental Illness. En J. Layde, L. Weiss y R. Balon (Ed. World Scientific Publishing), *International Handbook of Psychiatry* (pp 1-9). Singapore.
- Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R. y Van doren, T. (1976). Obsessive-compulsive neurosis: Record, follow-up and family studies. Inpatient record study. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 527-539.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. y Leff J (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.
- Woolcock, E. y Campbell, M. A. (2005). The Role of Teachers in the Support of Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 22(1), 54-64.
- Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G. y McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244–250.

9. ANEXOS

ANEXO 9.1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y ESTIGMA DOCENTE SOBRE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (CEDTOC).



MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA

CUESTIONARIO

Doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas. Especifique con una cruz la respuesta que se corresponda con su situación actual. Las respuestas son anónimas y los resultados del cuestionario serán empleados para una investigación de la Universidad de Valencia. Se agradece de antemano su participación en la realización de esta investigación.

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Mujer Hombre
3. Estado civil:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja
4. Nivel socioeconómico:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto
5. ¿Qué nivel de estudios posee? (Marque el con una cruz nivel más alto obtenido)

Diplomatura	1	Máster	4
Grado	2	Doctorado	5
Licenciatura	3	Cátedra	6
6. ¿En qué tipo de centro trabaja?

Público Concertado Privado
7. ¿A qué nivel está usted actualmente impartiendo clases?

Educación Infantil-Primaria Universidad

Educación Secundaria Otros (Especifíquelo): _____
8. Piense en que el siguiente sujeto, Javier, es un alumno suyo. Lea las siguientes frases acerca de él.

Javier es un adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. Te has percatado que el alumno tiene una excesiva preocupación por la higiene y el lavado de manos. Para él, la mayor parte de las personas y animales o desechos pueden ser factores contaminantes de los que prefiere huir, por lo que observamos que sus relaciones sociales son escasas. Manifiesta que se siente incómodo usando el transporte público porque teme contaminarse y que no le gusta caminar por zonas públicas de la ciudad (como por ejemplo, parques) por el mismo motivo.

También le preocupa que vagabundos o personas sin techo puedan haber “contaminado” sitios u objetos que puede que posteriormente él toque.

A parte de los miedos de contaminación, Javier también muestra en el aula rituales de orden y simetría de sus materiales.

Javier experimenta solo una leve ansiedad cuando se expone a contaminantes, siempre que pueda lavarse antes de llegar a casa.

Su principal preocupación es que sus posesiones (por ejemplo, CDs, instrumentos musicales, etc.) puedan ser contaminadas, y por lo tanto, no estar en perfectas condiciones.

Javier no cree que la contaminación pueda dar lugar a una enfermedad y no está preocupado porque pueda contaminar a otros.

9. A continuación conteste cada una de las siguientes preguntas sobre Javier. Rodee con un círculo o una cruz el número que mejor represente su opinión sobre cada pregunta.

Ítems	Escala								
	Para Nada								Mucho
1. Sentiría lástima por Javier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. ¿Cómo de peligroso siente que es Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. ¿Hasta qué punto Javier le asustaría?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Pensaría que es culpa de Javier que se encuentre en su situación actual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Creo que sería mejor para la comunidad que recluyeran a Javier en un hospital psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. ¿En qué medida se sentiría enfadado con Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Intentaría alejarme de Javier	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. ¿Hasta qué punto estás de acuerdo en que Javier debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Por favor responda la pregunta (marcando la opción que mejor piense que describe su problema):

10. ¿Qué cree que le puede estar sucediendo a Javier?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés de la vida en general | <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Fobia |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad |
| <input type="checkbox"/> Fobia social / trastorno de ansiedad social | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) | <input type="checkbox"/> Otros (especifíquelo): |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés post-traumático (TEPT) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) | |

11. ¿Cuál piensa que es la causa primaria que desencadena el problema de Javier?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Factores biológicos | <input type="checkbox"/> Debilidad personal |
| <input type="checkbox"/> Factores ambientales | <input type="checkbox"/> Otro: (especifíquelo) |
| <input type="checkbox"/> Factores orgánicos | _____ |

12. ¿Cree que Javier debería buscar ayuda profesional para resolver su problema?

- No Si Indeciso

13. Según su criterio, ¿A qué profesional o profesionales debería ser derivado Javier?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico de cabecera | <input type="checkbox"/> Orientador/a | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Clero | <input type="checkbox"/> Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a | <input type="checkbox"/> Profesional de salud mental inespecífico | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |

14. Según su criterio, ¿Por qué cree que Javier o una persona con su mismo problema no pide ayuda? Marque con un círculo o cruz tantas opciones como crea necesario.

Piensa que el problema es temporal	1	El problema no interfiere en sus actividades diarias	6
Piensa que puede controlar el problema	2	Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma	7
Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves	3	Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento	8
Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos	4	Tiene miedo a ser criticado o rechazado por las personas de su entorno	9
Tiene miedo de sus conductas y/o pensamientos	5		


ANEXO 9.2

VIÑETA SOBRE TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

"Javier es un adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. Te has percatado que el alumno tiene una excesiva preocupación por la higiene y el lavado de manos. Para él, la mayor parte de las personas y animales o desechos pueden ser factores contaminantes de los que prefiere huir, por lo que observamos que sus relaciones sociales son escasas. Manifiesta que se siente incómodo usando el transporte público porque teme contaminarse y que no le gusta caminar por zonas públicas de la ciudad (como por ejemplo, parques) por el mismo motivo. También le preocupa que vagabundos o personas sin techo puedan haber "contaminado". (*Traducida y Adaptada de Tallis, 1996*).

ANEXO 9.3

VERSIÓN PRELIMINAR DEL CUESTIONARIO



MÁSTER DE PSICOPEDAGOGÍA
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD MENTAL

Doy mi conformidad para que los datos que se deriven de mi colaboración puedan ser utilizados en futuras investigaciones, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información obtenida, lo que implica que en ningún caso se podrá deducir de los datos mi identidad personal.

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de preguntas. Especifique con una cruz la respuesta que se corresponda con su situación actual. Las respuestas son anónimas y los resultados del cuestionario serán empleados para una investigación de la Universidad de Valencia. Se agradece de antemano su participación en la realización de esta investigación.

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Mujer Hombre
3. Estado civil:

Soltero Divorciado/ separado o viudo Casado Viviendo en pareja
4. Nivel socioeconómico:

Bajo Medio-bajo Medio Medio-alto Alto
5. ¿Qué nivel de estudios posee? (Marque el con una cruz nivel más alto obtenido)

Diplomatura	1	Máster	4
Grado	2	Doctorado	5
Licenciatura	3	Cátedra	6
6. ¿En qué tipo de centro trabaja?

Público Concertado Privado
7. ¿A qué nivel está usted actualmente impartiendo clases?

Educación Infantil-Primaria Universidad

Educación Secundaria Otros (Especifíquelo): _____
8. Piense en que el siguiente sujeto, Javier, es un alumno suyo. Lea las siguientes frases acerca de él.

Javier es un adolescente de 12 años que asiste al aula en la que impartes clase. Te has percatado que el alumno tiene una excesiva obsesión por la higiene y el lavado de manos. Para él, la mayor parte de las personas y animales o desechos pueden ser factores contaminantes de los que prefiere huir, por lo observamos que sus relaciones sociales son escasas. Manifiesta que se siente incómodo usando el transporte público y que no le gusta caminar por zonas públicas de la ciudad (como por ejemplo, parques).

También le preocupa que vagabundos o personas sin techo puedan haber "contaminado" sitios u objetos que puede que posteriormente él toque.

A parte de los miedos de contaminación, Javier también muestra en el aula rituales de orden y simetría de sus materiales.

Javier experimenta solo una leve ansiedad cuando se expone a contaminantes, siempre que pueda lavarse antes de llegar a casa.

Su principal preocupación es que sus posesiones (por ejemplo, CDs, instrumentos musicales, etc.) puedan ser contaminadas, y por lo tanto, no estar en perfectas condiciones.

Javier no cree que la contaminación pueda dar lugar a una enfermedad y no está preocupado por que pueda contaminar a otros.

9. A continuación conteste cada una de las siguientes preguntas sobre Javier.

Ítems	Para Nada	Escala							
1. Sentiría lástima por Javier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. ¿Cómo de peligroso siente que es Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. ¿Hasta qué punto Javier le asustaría?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Pensaría que es culpa de Javier que se encuentre en su situación actual.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Creo que sería mejor para la comunidad que recluyeran a Javier en un hospital psiquiátrico.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. ¿En qué medida se sentiría enfadado con Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a Javier?	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Intentaría alejarme de Javier	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. ¿Hasta qué punto estás de acuerdo en que Javier debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Por favor responda la pregunta (marcando la opción que mejor piense que describe su problema):

10. ¿Qué cree le puede estar sucediendo a Javier?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés de la vida en general | <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Fobia |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Trastorno de personalidad |
| <input type="checkbox"/> Fobia social / trastorno de ansiedad social | <input type="checkbox"/> Problemas médicos |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) | <input type="checkbox"/> Otros (especifíquelo): |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés post-traumático (TEPT) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) | |

11. ¿Cuál piensa que es la causa primaria que desencadena el problema de Javier?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Factores biológicos | <input type="checkbox"/> Debilidad personal |
| <input type="checkbox"/> Factores ambientales | <input type="checkbox"/> Otro: (especifíquelo) |
| <input type="checkbox"/> Factores orgánicos | _____ |

12. ¿Cree que Javier debería buscar ayuda profesional para resolver su problema?

- No Si Indeciso

13. Según su criterio, ¿A quién debería ser derivado Javier?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico de cabecera | <input type="checkbox"/> Orientador/a | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Clero | <input type="checkbox"/> Neurólogo |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo/a | <input type="checkbox"/> Profesional de salud mental inespecífico | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN SALUD MENTAL

14. Según su criterio, ¿Por qué cree que Javier o una persona con su mismo problema no pide ayuda? Marque con un círculo o cruz tantas opciones como crea necesario.

Piensa que el problema es temporal	1	El problema no interfiere en sus actividades diarias	6
Piensa que puede controlar el problema	2	Tiene miedo de que le consideren una persona mentalmente enferma	7
Piensa que sus conductas y/o pensamientos no son graves	3	Piensa que el problema no requiere de ayuda o tratamiento	8
Se siente avergonzado por sus conductas y/o pensamientos	4	Tiene miedo a ser criticado o rechazado por las personas de su entorno	9
Tiene miedo de sus conductas y/o pensamientos	5		