

CONOCIMIENTO, ESTIGMA Y DISTANCIA SOCIAL ASOCIADOS AL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN POBLACIÓN GENERAL ADULTA



VII Congreso Internacional
en **Contextos Psicológicos,**
Educativos y de la **Salud**

María Roncero¹, Antonio Chaves¹, Sandra Arnáez² y Gemma García-Soriano¹

¹Universitat de València

²Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

OBJETIVOS/ OBJETIVES

A pesar de la elevada interferencia y malestar producido por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se observa una demora en la solicitud de asistencia. Esta demora se asocia principalmente a la falta de conocimiento sobre el trastorno y dónde acudir a solicitar ayuda (mental health literacy; MHL). Otro factor relevante asociado a la demora es el estigma. El objetivo del presente estudio fue explorar el conocimiento, nivel de estigma y distancia social de la población general sobre las dimensiones de síntomas obsesivo-compulsivos.

MÉTODO/ METHOD

Participaron 52 personas (55,8% mujeres) que leyeron una viñeta (entre 6 opciones) que describía un paciente con diagnóstico de TOC. Tras firmar el consentimiento informado, completaron los siguientes cuestionarios: *Cuestionario sobre MHL* (García-Soriano y Roncero, 2017); *Attribution Questionnaire* (AQ-27; Corrigan et al., 2002) que evalúa estigma; y la *Escala de distancia social* (SDS; Link et al., 1987).

RESULTADOS/ RESULTS

La mayor parte de los participantes identificó el TOC (88,5%), aunque solo el 53,8% señalaron que era un trastorno mental. La mayoría atribuyó la demora a la vergüenza (32,7%) o culpa (26,9%). El nivel de estigma fue bajo, aunque moderado en los factores de coacción y evitación. Al comparar el estigma entre las personas con/sin formación en psicología se encontraron diferencias significativas en el sentido esperado (Tabla 1). Se encontraron diferencias en función del subtipo de TOC, siendo mayor en los síntomas de "agresión". La distancia social en general fue baja, excepto en las preguntas sobre si estarían dispuestos a que el paciente cuidara o se casara con sus hijos/as.

Tabla 1. Diferencias en estigma en función de la formación en psicología (sí o no).

AQ-27	No (n = 33)	Sí (n = 19)	p
Responsabilidad	9,06 (4,366)	7,79 (3,392)	,249
Piedad	16,64 (4,372)	17,84 (3,563)	,286
Ira	9,06 (4,330)	6,89 (3,770)	,066
Peligrosidad	8,06 (4,886)	4,63 (2,692)	,002
Miedo	7,58 (4,744)	4,53 (2,796)	,005
Ayuda	20,94 (5,244)	22,00 (4,137)	,425
Coacción	12,88 (6,183)	8,79 (4,237)	,007
Segregación	6,39 (4,380)	4,68 (4,256)	,176
Evitación	12,73 (5,536)	8,05 (6,133)	,010

Tabla 2. Diferencias en estigma en función del contenido de las viñetas/ sintomatología obsesivo-compulsiva.

AQ-27	Moral (n=8)	Agresión (n=10)	Sexual (n=8)	Comprobación (n=8)	Superstición /orden (n=9)	Contaminación (n=9)	F(1,100)	p
Responsabilidad	8,63 (2,82)	8,40(4,19)	6,25 (3,28)	7,38 (2,97)	11,11(5,97)	9,44(3,17)	1,53	,197
Piedad	16,75 (3,32)	17,60(4,19)	17,38 (7,01)	19,13(2,95)	16,33(3,05)	17,08(3,08)	,77	,571
Ira	8,00(4,66)	10,10(3,87)	6,25 (2,76)	8,63(3,89)	8,89(5,11)	7,33(4,72)	,87	,507
Peligrosidad	7,25 a, b(4,43)	11,90 b(4,75)	5,25 a(3,06)	4,00 a(2,13)	5,78 a(2,33)	5,67 a(4,87)	4,99	,001
Miedo	7,50 a, b(4,87)	9,80 b(5,12)	6,25 a, b(3,99)	5,13 a(3,27)	5,89 a, b(3,89)	3,78 a(1,39)	2,41	,050
Ayuda	19,50(3,58)	22,30(4,37)	20,13(8,15)	21,50(3,85)	22,56(3,84)	21,56(4,88)	,50	,774
Coacción	11,88(7,24)	15,10(6,61)	9,00(3,89)	11,25(5,12)	11,22(4,57)	9,22(6,16)	1,37	,250
Segregación	6,00(4,69)	8,40(5,38)	4,50(3,12)	5,38(5,95)	5,33(2,74)	4,56(3,28)	1,03	,408
Evitación	15,50(4,75)	13,50(5,85)	8,00(5,21)	8,50(6,32)	8,67(3,04)	11,56(8,00)	2,40	,051

CONCLUSIONES/ CONCLUSIONS

Como en anteriores estudios, se observa un **menor conocimiento, mayor estigma y distancia social** en relación a la sintomatología obsesivo-compulsivo de contenido agresivo. **En este sentido, son necesarias intervenciones dirigidas a aumentar el conocimiento sobre el TOC y reducir el estigma asociado, teniendo en cuenta su heterogeneidad.**

Este es el primer estudio en España que evalúa en población general de personas adultas las variables de conocimiento sobre el TOC, estigma y distancia social asociadas al mismo.

REFERENCIAS/ REFERENCES

- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., ... & Kubiak, M. A. (2002). *Schizophrenia bulletin*, 28(2), 293-309.
García-Soriano, G., & Roncero, M. (2017). *Psychiatry Research*, 250, 193-199
Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461-1500.

AGRADECIMIENTOS/ THANKS

Este estudio financiado por: Ayuda RTI2018-098349-B-I00, financiado/a por MCIN/AEI/ 10.13039/501100011033 y por FEDER. Una manera de hacer Europa y por Conselleria d'Innovació, Universitats, Ciència i Societat Digital, Generalitat Valenciana (GV/2021/162).

