



Universidad de Valladolid

**Facultad de Educación y Trabajo
Social**

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Educación Social

**El trastorno obsesivo compulsivo “TOC” y la
Educación Social. Propuesta de intervención.**

Presentado por:

Silvia García Sánchez

Tutelado por:

Enrique Morales Corral

Valladolid, 2 de Julio de 2025

RESUMEN.

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), incluido dentro de los trastornos de ansiedad, se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones y afecta a millones de personas. Sin embargo, su desconocimiento y los estigmas asociados al mismo complican aún más la situación de los usuarios que lo sufren, ralentizando, en muchos casos, su tratamiento. No sólo afecta a nivel personal, sino que tiene múltiples efectos en ámbitos como el social, el educativo y el laboral. Además, las personas cercanas a los pacientes también son sufridoras de sus síntomas. Todo ello no suele ser tenido en cuenta por las instituciones para poder poner una solución.

Para ello se plantea una propuesta de intervención y una recopilación de datos primarios a partir de una encuesta enfocada sobre todo en población joven y tres entrevistas a profesionales que han tratado o tratan el trastorno. Todo esto se plantea desde el ámbito de la educación social, cuya figura es esencial y se realiza con la intención de desarrollar e implantar un diseño que promueva el bienestar, la autonomía y el empoderamiento personal de todos aquellos que lo sufren, así como de sus familiares y demás usuarios que, a pesar de no sufrirlo, no lo conocen o lo juzgan. Como objetivo primordial se encuentra la normalización del trastorno, lo que lleva a la inclusión de este tipo de personas.

PALABRAS CLAVE.

Trastorno obsesivo compulsivo, educación social, psicología, integración, inclusión.

ABSTRACT.

Obsessive-compulsive disorder (OCD), included in anxiety disorders, is characterized by the presence of obsessions and compulsions and affects millions of people. However, the lack of knowledge and the stigma associated with it further complicate the situation of users who suffer from it, slowing down their treatment in many cases. It not only affects them on a personal level, but also has multiple effects in areas such as social, educational and work. In addition, people close to patients also suffer from its

symptoms. All of this is not proposed by institutions in order to be able to find a solution, and this is something worrying that must change.

The intervention proposal put forward from the field of social education, whose figure is essential, is carried out with the intention of developing and implementing a design that promotes the well-being, autonomy and personal empowerment of all those who suffer from it, as well as their relatives and other users who, despite not suffering from it, do not know it or judge it. This proposal has been developed based on a review of numerous articles and research that includes an interview with a researcher on the disorder and a survey proposed for the general population. The primary objective is the normalization of the disorder, which leads to the inclusion of this type of people.

KEYWORDS.

Obsessive-compulsive disorder, social education, psychology, integration, inclusion

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	6
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.	7
2.1 Planteamiento del problema.	7
2.2 Objetivos.	7
3. JUSTIFICACIÓN.	9
4. MARCO TEÓRICO.	11
4.1. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Obsesiones y compulsiones. Tipos.	11
4.1.1 Obsesiones.	12
4.1.2 Compulsiones.	13
4.2. Inicio del trastorno. Legislación nacional e internacional existente.	15
4.2.1 Inicio del trastorno	15
4.2.2 Legislación nacional e internacional existente.	15
4.3 Herramientas educativas y laborales.	19
4.3.1 Herramientas educativas.	20
4.3.2 Herramientas laborales.	20
4.4 Integración social, laboral y familiar.	21
4.4.1 Integración social.	22
4.4.2 Integración laboral.	22
4.4.3 Integración familiar.	24
5. METODOLOGÍA.	27
5.1 Encuesta de investigación.	27
5.2 Explicación de las preguntas de la encuesta.	27
5.3 Entrevista de investigación.	29
5.4 Explicación de las preguntas de la entrevista.	30
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	32
6.1 Resultados de la encuesta.	32
6.2 Resultados de las entrevistas.	41
7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.	43
7.1 Introducción.	43
7.2 Objetivos.	43
7.3 Contenidos.	43

7.4 Metodologías.	44
7.5 Recursos.	45
7.6 Temporalización.	46
7.7 Evaluación.	47
7.8 Descripción de las actividades	48
8. CONCLUSIONES.	56
8.1 Discusión de los resultados.	56
8.2 Limitaciones de la investigación.	57
8.3 Prospectivas y líneas de investigación futuras.	58
9. REFERENCIAS.	59
9.1 Bibliografía.	59
9.2 Filmografía.	64
9.3 Webgrafía	64
ANEXOS.	65
Anexo I. Transcripción entrevista investigador del TOC.	65
Anexo II. Transcripción entrevista psicóloga de Cáritas.	68
Anexo III. Transcripción entrevista psicóloga de Cáritas.	73
Anexo IV. Cuestionario de satisfacción de la Actividad 1.	75
Anexo V. Encuesta de la Actividad 2.	76
Anexo VI. Cuestionario de la Actividad 3	77
Anexo VII. Cuestionario de satisfacción de la Actividad 4	79
Anexo VIII. Cuestionario de la Actividad 6	80
Anexo IX. Cuestionario de la Actividad 7	81
Anexo X. Encuesta de satisfacción de la Actividad 8	82

1. INTRODUCCIÓN.

El trastorno obsesivo compulsivo, a partir de ahora TOC, es un trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones y compulsiones recurrentes que consumen demasiado tiempo o causan un malestar o deterioro significativos (Halgin y Krausss, 2024, p. 603). Estos síntomas suelen interferir de forma significativa en la vida diaria y, aunque suele comenzar en la etapa de la infancia o la adolescencia, puede afectar en cualquier etapa de la vida.

La motivación del investigador para escoger este tema radica en su interés por los trastornos mentales y la necesidad de visibilizar los desafíos a los que se enfrentan diariamente. Por ello, este trabajo se hace con la intención de contribuir a la comprensión y explorar cómo las intervenciones terapéuticas, y aquellas promulgadas desde el ámbito social, pueden paliar sus efectos y mejorar la vida de estas personas.

El objetivo, por tanto, no es solamente contribuir al entendimiento del TOC de forma profunda, sino también fomentar la sensibilización y el apoyo integral a las personas que lo padecen, abarcando aspectos emocionales, sociales y terapéuticos.

La autora considera de suma importancia promover la empatía y la comprensión sobre los trastornos mentales para lograr una sociedad inclusiva, reflexiva y crítica.

Por ello, su interés radica en conocer en profundidad este tema ya que le genera mucha curiosidad cómo es el funcionamiento del cerebro y cómo éste puede variar, en función de cada persona, impulsando a hacer algo repetidamente.

Por último, al no haber trabajado con personas con este trastorno, le gustaría escuchar experiencias propias o de profesionales y familiares cercanos, para saber cómo se sienten y qué es vivir con una persona con TOC.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.

2.1 Planteamiento del problema.

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es una condición mental que afecta a un importante número de personas, generando una serie de dificultades en su vida cotidiana. ¿Cómo interfiere el TOC en las actividades más básicas de la vida diaria como son el trabajo, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional? Estas personas se ven inmersas en un ciclo constante de obsesiones y compulsiones, lo cual les impide llevar una vida plena y autónoma.

A pesar de la existencia de tratamientos terapéuticos eficaces, como puede ser la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento médico, ¿por qué sigue resultando complicado mejorar su calidad de vida de forma continuada? A menudo, las personas que sufren este trastorno sienten que estos síntomas limitan su capacidad para mantener relaciones sociales o ser productivos, imposibilitando así, por ejemplo, ocupar un empleo estable. Esto, a su vez genera sentimiento de frustración y aislamiento, entre otros efectos, lo cual puede también ocasionar problemas de salud mental como ansiedad y depresión.

El estudio busca encontrar herramientas útiles y eficaces para facilitar la vida de estas personas, realizando una propuesta de intervención que pueda ayudar a reducir barreras diarias y potenciar su bienestar integral. Realizar una propuesta de intervención para esos individuos que lo sufren y también para las personas de su entorno: familiares, amigos, cuidadores, etc.

2.2 Objetivos

El objetivo principal consiste en diseñar una propuesta de intervención para mejorar el bienestar físico y psicológico de personas con TOC y sus familiares.

Los objetivos específicos de este trabajo fin de grado son:

- Investigar qué es y en qué consiste el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y sus vinculaciones con la legislación existente, así como averiguar adaptaciones que existen a nivel educativo y cómo se trata el trastorno desde el ámbito social, laboral y familiar.
- Mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones que desencadenen esos pensamientos obsesivos y compulsivos.

- Obtener información por parte de profesionales que hayan intervenido con personas con TOC, así como información relacionada a partir de una encuesta, para posteriormente diseñar una propuesta de intervención vinculada.
- Proporcionar métodos cognitivos y emocionales que ayuden a lidiar con el malestar producido por el trastorno.
- Fortalecer las relaciones interpersonales para reducir el impacto en su vida social y laboral.
- Realizar un plan de actuación con la familia para evitar la influencia en la aparición de síntomas, creando un ambiente de apoyo mutuo.
- Fomentar la difusión del trastorno en el ámbito familiar y laboral.

3. JUSTIFICACIÓN.

El tema que trata este trabajo es de gran importancia para la comunidad científica, académica y social. El impacto del TOC en la calidad de vida de las personas que lo sufren repercute en su capacidad para realizar tareas cotidianas, mantener relaciones sociales y profesionales y disfrutar su vida de forma plena, lo cual puede acarrear graves consecuencias. Además, investigar sobre ello puede contribuir al avance del conocimiento en salud mental y esto es beneficioso a nivel científico y académico.

También puede ayudar a la mejora de las políticas sanitarias, pues la implementación de estrategias basadas en evidencias puede llevar a una mejor asignación de recursos y a una mejora de los servicios de salud mental.

La información que existe no es abundante, pero, en un artículo de revisión científica publicado en la revista JAMA (*Journal of the American Medical Association*), las escritoras afirman que, entre el 60% y el 80% de las personas con TOC, también presentan otro trastorno de ansiedad y, alrededor del 30%, también experimentan trastornos depresivos mayores (Simpson y Rapoport, 2012, p. 325). Esto es algo que no se debe dejar pasar y que se debería difundir en todos los medios de comunicación para así poder poner una solución.

La investigadora, para conocer más el TOC y poder diseñar una propuesta de intervención, realiza una encuesta a la población y tres entrevistas a profesionales que han tratado o tratan con personas con el Trastorno obsesivo-compulsivo: José Antonio Piqueras Rodríguez, María Sánchez Ferrero y Elena Calvo Rodríguez (pueden leerse las entrevistas en los Anexos I, II y III).

En este trabajo se van a desarrollar una serie de competencias recogidas en el documento *Memoria Graduado/a en Educación Social UVa (2009)*:

- Competencia básica número 5: Utilización de las TIC en el ámbito de estudio y contexto profesional.
- Competencia básica número 9: Capacidad para integrarse y comunicarse con expertos de otras áreas y en distintos contextos.
- Competencia básica número 10: Reconocimiento y respeto a la diversidad y multiculturalidad.
- Competencia básica número 11: Habilidades interpersonales.
- Competencia básica número 20: Orientación a la calidad.

- Competencia específica número 4: Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas.
- Competencia específica número 5: Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos en las modalidades presenciales y virtuales.
- Competencia específica número 30: Identificar y diagnosticar los factores habituales de crisis familiar y social y desarrollar una capacidad de mediación para tratar con comunidades socioeducativas y resolver conflictos.

4. MARCO TEÓRICO.

4.1. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Obsesiones y compulsiones. Tipos.

Este trastorno fue identificado por primera vez en el año 1838 por Jean-Étienne Dominique Esquirol (uno de los fundadores de la psicología moderna), quien lo situó en el contexto de las locuras parciales o monomanías. Posteriormente, fue catalogado como una neurosis de origen emocional, definiéndolo como la expresión de una lesión funcional del sistema nervioso vegetativo. Fue, en la segunda mitad del siglo XX cuando se le clasificó como un trastorno de ansiedad por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM- IV, 1994). En el año 2013 esta asociación ubica al TOC en un capítulo independiente (DSM- V, 2013)

Según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), este trastorno afecta aproximadamente al 1-2% de la población mundial, lo que equivaldría a 160 millones de personas, aproximadamente.

En cuanto a las diferencias por sexo, algunos estudios informan de una incidencia levemente superior en mujeres (Kringlen et al., 2001; Rasmussen y Eisen, 1992; Ruscio et al., 2010). Sin embargo, otros estudios exponen que existen diferencias en función del contenido obsesivo-compulsivo. Sugieren que las mujeres suelen tener un mayor número de obsesiones de contaminación y compulsiones de lavado (para tratar de reducir la angustia que les crea esa obsesión), mientras que los hombres suelen presentar una mayor frecuencia de obsesiones de contenido sexual y mágico (Lensi et al., 1996; Rachman y Hodgson, 1980; Steketee et al., 1985).

Para entender mejor este trastorno, es preciso conocer la definición de sus elementos principales, esto es, las obsesiones y las compulsiones.

Seibell y Hollander (2014) señalan que, hoy en día, la etiología del TOC continúa siendo desconocida. En general, se acepta que puede ser consecuencia de múltiples variables, tanto biológicas como ambientales. Alteraciones en los neurotransmisores, especialmente la serotonina, se han relacionado con este trastorno. Sin embargo, esta misma alteración se encuentra en otros trastornos, indicando que no es la única causa.

La herencia genética juega también un papel importante, pues ya se han identificado varios genes asociados al trastorno. El entorno en el que crecemos, fundamentalmente los estilos de crianza adoptados, pueden también influir en su desarrollo.

4.1.1 Obsesiones.

Se define como obsesión a un pensamiento, idea, imagen o impulso persistente que se experimenta como algo molesto y que genera una sensación de angustia. Entre las obsesiones más comunes se encuentran el pensamiento sobre la contaminación, la necesidad de tener todo en un determinado orden, impulsos agresivos, imágenes sexuales, etc.

Una obsesión generalmente se responde tratando de ignorar o reprimir el pensamiento o impulso, o intentando neutralizarlo a través de una conducta compulsiva (APA, 2010). Por lo tanto, las obsesiones son actos en contra de nuestra voluntad, que nos llegan de forma recurrente y que son intrusivos, lo cual nos genera ansiedad y sensación de malestar.

Hay distintos tipos de obsesiones:

1. Agresivas. Comprenden aquellas que nos provocan el pensamiento de hacerse daño de forma personal o intrapersonal, miedo a decir cosas inapropiadas o miedo a causar algo grave.
2. Por contaminación. Se refiere a aquellas obsesiones que sentimos al no estar cómodos con la presencia de residuos, preocuparnos por la posibilidad de infectarnos a causa de desechos, secreciones corporales o suciedad.
3. Sexuales. Aquellos pensamientos ofensivos o agresivos, sin que exista una necesidad real de llevarlos a cabo.
4. Acumuladores. Estos pensamientos suelen estar vinculados con acumulación de elementos como pueden ser el dinero u objetos desechados por otras personas que, para la persona con este trastorno, pueden tener un significado de productividad en un futuro.
5. Relacionados con la necesidad de simetría o exactitud. Esta obsesión viene dada por la evitación de causar un desorden en el mundo exterior, pensando que, el orden extremo, por ejemplo en su casa, paliará lo de fuera.
6. Relacionados con la limpieza. Esta obsesión es muy común y las personas que lo sufren creen que se van a infectar con objetos, dando la mano a personas o compartiendo el mismo espacio.
7. Tocar determinados objetos. Esta obsesión ocurre cuando las personas con TOC creen que tocar ciertos objetos de forma específica o un número determinado de veces va a evitar que algo malo ocurra.

8. Leer varias veces algo. La persona experimenta pensamientos intrusivos acompañados de malestar o ansiedad, como el temor de no haber entendido algo de forma correcta o de haberse perdido detalles importantes, por lo que, para aliviar ese sentimiento, el individuo siente la necesidad de leer el mismo contenido varias veces (lo que sería una compulsión que refuerza aún más esa obsesión de leer varias veces algo)

Del Pozo Armentia (2009) explica que las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como la contaminación, como por ejemplo, pensar que se contrae una enfermedad al estrechar la mano de otra persona; dudas repetitivas, como preguntarse a uno mismo si se ha realizado un acto concreto como puede ser cerrar la puerta de casa con llave; la necesidad de organizar objetos de una manera determinada, sintiendo malestar ante objetos determinados o asimétricos; impulsos de carácter agresivo, como por ejemplo herir a alguien.

Este tipo de obsesiones no constituyen simples preocupaciones por problemas de la vida real, como inquietudes económicas, laborales o escolares, sino que rara vez se relacionan con hechos de la vida real.

La persona que tiene este tipo de obsesiones intenta ignorar o eliminar esos pensamientos o impulsos o, de alguna forma, neutralizarlos mediante otras ideas o actividades, que es lo que sería el concepto de compulsiones. Por ejemplo, una persona con muchas dudas sobre si ha cerrado la puerta de su casa, intenta neutralizarlas comprobando de forma repetitiva que efectivamente sí que la ha cerrado.

4.1.2 Compulsiones.

Las compulsiones son un tipo de conducta o pensamiento que el individuo realiza o tiene para reducir la ansiedad que le causa una obsesión o para impedir un evento o situación temida, todo ello con la intención de que la obsesión desaparezca. Sin embargo, estas conductas o pensamientos no tienen relación con la realidad.

Este tipo de síntomas no se deben al consumo de medicamentos o estupefacientes y, si existe de forma simultánea la presencia de otro trastorno, para asegurarse de que esa persona tiene TOC, los síntomas no se tienen que relacionar solo con el trastorno adicional (Halgin & Krauss, 2004, p. 603)

Las compulsiones pueden ser tanto conductuales como mentales. Las mentales son mucho más frecuentes y debe interrogarse sobre ellas de forma directa ya que pueden

pasar desapercibidas si solo se atiende a las conductas. Al igual que las conductas, se realizan con el objetivo de reducir el malestar o evitar un posible daño.

Los pacientes pueden repetir dentro de su mente, por ejemplo, conversaciones que han mantenido con otras personas para estar seguros de que no han dicho nada que pudiese perjudicarles (Del Pozo Armentia, 2009)

La compulsión puede aliviar parte de la ansiedad que es generada por la obsesión, pero causan un deterioro social y ocupacional debido al malgasto psicológico que implica calmar la ansiedad producida por una obsesión de forma repetitiva. Por ello, en un primer momento parece que la ansiedad provocada por la obsesión se calma, pero lo que hace es empeorarla (Kodysz, s. f.)

El ciclo, por tanto, se trata de la llegada de un pensamiento obsesivo que provoca ansiedad o malestar, seguido de un comportamiento compulsivo realizado con la idea de calmar ese pensamiento obsesivo. Esta compulsión produce un alivio de forma temporal, pero vuelve a producirse el mismo ciclo, lo cual impide la tranquilidad del usuario.

Figura 1. Ciclo del TOC



Fuente: Latin American Trans-Ancestry Initiative for OCD Genomics

Esta figura representa la existencia de una “herida” que si no se trata se va retroalimentando. El término de obsesión, por tanto, hace referencia a los pensamientos; mientras que el término de compulsión son las acciones para calmar esos pensamientos, que es lo que se observa, ya que los pensamientos no se pueden ver.

4.2. Inicio del trastorno. Legislación nacional e internacional existente.

4.2.1 Inicio del trastorno

El TOC suele iniciarse en la adolescencia. Estudios como el de Karno et al., (1988) sitúan su comienzo entre los 18 y los 25 años, siendo en la mayoría de los casos su inicio gradual. No obstante, hay casos en los que el inicio es agudo, coincidiendo con la existencia de un evento vital estresante, experiencias traumáticas y sucesos vitales normativos.

Sin embargo, no parece existir evidencia suficiente para asegurar que existe relación clara entre el comienzo del TOC y las experiencias vitales negativas, probablemente porque su inicio gradual dificulta que los pacientes identifiquen un desencadenante del problema (Brander et al., 2016)

4.2.2 Legislación nacional e internacional existente.

En muchos países, el TOC puede considerarse una discapacidad bajo la legislación de Derechos de las personas con discapacidad. Esto significa que quienes padecen este trastorno, pueden tener derecho a una serie de ajustes en el ámbito laboral, educativo o social.

Primeramente, hay que destacar la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006. Es un tratado internacional destinado a proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. El objetivo principal de esta convención es el de asegurar que las personas con discapacidad disfruten de todos los derechos y libertades, en igual de condiciones que el resto de las personas, promoviendo así su plena inclusión en la sociedad.

Como principios fundamentales se encuentran el respeto por la dignidad inherente, la autonomía individual y la independencia; la no discriminación; la accesibilidad y el respeto por la diferencia y aceptación de las personas con discapacidad entre otros.

Por otra parte, esta convención cubre una amplia gama de derechos en distintos ámbitos:

- *Derecho a la vida.* Las personas con discapacidad tienen derecho a la vida en igualdad de condiciones que los demás.
- *Acceso a la justicia.* Este derecho asegura que las personas con discapacidad tengan acceso a un sistema de justicia inclusivo.

- *Derecho a la educación.* Promueve una educación que sea inclusiva, de calidad y equitativa.
- *Derecho a la salud.*
- *Trabajo y empleo.* Establece el derecho de todas las personas a trabajar en igualdad de condiciones, promoviendo oportunidades laborales que sean accesibles.
- *Participación en la vida política y pública.* Se reconoce el derecho al voto y a participar en la vida política.
- *Movilidad personal.* Este derecho facilita el acceso a ayudas técnicas y a la movilidad dentro del ámbito social.
- *Vivienda y vida independiente.* Este derecho garantiza que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad.
- *Protección social adecuada.* Se asegura el acceso a programas sociales por parte de toda la sociedad.

Una vez establecidos los derechos, los Estados que ratifican la convención asumen varias obligaciones, entre las que se incluyen:

- Modificar o derogar aquellas leyes que impliquen actos discriminatorios.
- Asegurar la accesibilidad en todos los espacios y tiempos.
- Ajustar leyes educativas, laborales y judiciales para que sean inclusivas.

En España, existe la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su Inclusión social (conocida también como LGD), que protege a las personas con discapacidad, incluidas las enfermedades mentales como el TOC, contra la discriminación en diversas áreas de la vida (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre)

Esta ley fomenta la inserción laboral de las personas con discapacidad, estableciendo medidas para garantizar el acceso al trabajo en condiciones de igualdad. Por ejemplo, se establecen cuotas de empleo para empresas públicas y privadas, las cuales deben reservar un porcentaje para estas personas. También incluye políticas de fomento del empleo dirigido y el autoempleo.

A parte de garantizar el acceso al ámbito educativo y a la justicia, asegura que estas personas accedan a prestaciones económicas y se promueve su participación en la vida cultural, deportiva y recreativa. Por último, también promueve la sensibilización social

para eliminar estigmas y prejuicios, fomentando una imagen positiva de la discapacidad y formando a profesionales para atenderles. Ambos documentos buscan proteger y promover los derechos de las personas con discapacidad, pero tienen diferentes alcances y funciones.

La Convención, al ser un tratado internacional, implica a todos los países que la han ratificado, incluido España, y establece principios generales que los Estados firmantes deben cumplir y aplicar en sus legislaciones nacionales. Aunque es vinculante, su función tiende a ser orientadora, dejando a los Estados la responsabilidad de implementar las normas a nivel nacional.

Con respecto a la ley general de derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social (LGD), traduce los principios generales de la Convención en una normativa aplicable directamente en el territorio español, estableciendo mecanismos concretos de aplicación y sanción. Por tanto, se podría decir que la ley española es una adaptación de la Convención internacional, en función del contexto y características espaciales y temporales.

En cuanto a las políticas de salud pública, suelen incluir el acceso a tratamiento y atención para este tipo de trastornos, que puede estar cubierto por el sistema público de salud (como es el caso de Reino Unido y España) o por los seguros de salud privados. Por otra parte, en Estados Unidos se estima que, de los 44 millones de personas que tienen un trastorno de salud mental, tan solo un tercio reciben tratamiento.

En España, los pacientes tardan una media de 3,28 años en buscar ayuda, mientras que en otros países se han encontrado medias superiores. Estas diferencias culturales respecto en la tardanza en buscar ayuda, se deben, en su mayoría, al hecho de que en España existe un acceso universal a los servicios de salud pública, así como a la variedad de redes de apoyo social que incitan a esa búsqueda de ayuda (Belloch et al., 2009). En cuanto al ámbito educativo, en muchos países las leyes de educación también incluyen protecciones para los estudiantes con TOC, garantizando una buena formación mediante adaptaciones.

La Ley Orgánica de Educación del año 2006 (LOE), que fue modificada por la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa del año 2013 (LOMCE) y más recientemente por la Ley Orgánica de modificación de la Loe (LOMLOE), en 2020, incluye disposiciones específicas para el alumnado con discapacidad. En esta ley

orgánica se expone el hecho de que la ciudadanía reclama un sistema educativo moderno, más abierto y menos rígido entre otros aspectos.

En esta ley orgánica, se añaden apartados que incluyen a las personas con discapacidad, a las cuales antes no se las tenía en cuenta, y se modifican otros apartados para garantizar la plena inclusión educativa. Se garantiza la toma de conciencia sobre las necesidades específicas del alumnado con discapacidad, incluyendo adaptaciones curriculares; la integración de materias en ámbitos; los agrupamientos flexibles; la oferta de materias optativas; programas de refuerzo y medidas de apoyo personalizado para aquellas personas que, por su condición o características, lo necesiten (Ley Orgánica 3/2020, 29 de diciembre).

El artículo 73 de esta ley orgánica dice que *se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales, aquel que afronta una serie de barreras que limitan su acceso, presencia, participación o aprendizaje derivadas de discapacidad o de trastornos graves de conducta, de la comunicación y del lenguaje, por un periodo de escolarización a lo largo de toda ella, y que requiere determinados apoyos y atenciones educativas específicas para la consecución de los objetivos de aprendizaje adecuados a su desarrollo* (Ley Orgánica 3/2020, art. 73). Entre este alumnado se encuentran las personas con TOC.

En el ámbito laboral, el Real Decreto 364/2005 del 30 de marzo regula el Sistema de cuotas en el Empleo y establece que, las empresas con más de 50 trabajadores deben reservar un 2% de sus puestos de trabajo para personas con discapacidad (física y mental, entre las que se encuentra el TOC), siendo un paso muy importante para fomentar la inclusión laboral de este colectivo.

Este Real Decreto también prevé incentivos económicos y bonificaciones fiscales para aquellas empresas que cumplan esas cuotas, esto se hace para aliviar el coste que supone contratar a personas con discapacidad, motivando a más empresas a adoptar prácticas inclusivas.

Por último, también se realizan acciones de sensibilización hacia empresas para que sean conscientes de que las personas con alguna discapacidad o trastorno mental también tienen derecho al empleo y, para reducir el estigma y los prejuicios existentes. También existe un organismo que defiende los derechos de las personas con discapacidad, ofreciendo recursos legales. Este organismo es el *Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad*.

4.3 Herramientas educativas y laborales.

Existen una serie de herramientas educativas que se emplean como medio para poder atender a la diversidad del alumnado, ofreciéndoles una respuesta educativa adaptada a sus características, todo ello, desde la filosofía de asumir el concepto de inclusión como el sentido de pertenencia al grupo (Arnáiz, 2003), donde todos puedan ayudar y ser ayudados, creando un clima de respeto y tolerancia en el aula.

Debido al auge de la tecnología y la mayor accesibilidad que tiene la población a información general y específica de trastornos, así como el aumento de la difusión de temas de salud mental y física, están facilitando que las personas afectadas y sus familiares o gente de su entorno, puedan identificar esas obsesiones o compulsiones como síntomas propios de un trastorno que tiene tratamiento y que este tratamiento, si se lleva a cabo, puede mejorar su calidad de vida.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2023), los trastornos mentales y de conducta constituyen los de mayor carga en comparación a otros grupos de enfermedades y más de una de cada seis personas en España experimentó un trastorno mental (entre los que se incluye el TOC) en el año 2019.

Uno de los tratamientos que se emplea para el TOC es la terapia cognitivo conductual, cuyo objetivo es la eliminación de obsesiones y compulsiones recurrentes. Este tipo de tratamiento se divide en varias sesiones, que suelen empezar por el establecimiento de la alianza terapéutica. Posteriormente las sesiones se emplean para establecer una serie de tareas orientadas a rebatir las distorsiones cognitivas de responsabilidad excesiva, tolerancia a la incertidumbre e importancia de controlar los pensamientos. La última sesión se suele dedicar a la prevención de recaídas y a una evaluación psicométrica (que mide la capacidad cognitiva, los rasgos mentales y el estado de salud mental).

Kaplan y Saccuzzo (2013) explican que la validez de una prueba psicométrica depende de varios factores clave como la validez, la confiabilidad y la objetividad. Estos factores son esenciales para garantizar que una prueba psicométrica sea útil y precisa en la evaluación psicológica. Meses después de esa última sesión, se realizaría una entrevista de seguimiento para observar la mejora o empeoramiento de su proceso.

4.3.1 Herramientas educativas.

Por otra parte, las principales estrategias de intervención para reducir el estigma y los prejuicios asociados hacia este trastorno, en el ámbito educativo, han sido:

- *La educación y psicoeducación.* Su objetivo es reemplazar los estereotipos asociados a los trastornos mentales proporcionando información objetiva y precisa. Las intervenciones que hacen uso de esta estrategia tienen una serie de ventajas como son su bajo coste y su amplio alcance (Corrigan y Shapiro, 2010), y en estas estrategias se han incluido ayudas audiovisuales como libros, folletos, películas, podcasts, realidad virtual, etc. Se ha demostrado así que breves intervenciones educativas son eficaces en la reducción de las actitudes estigmatizantes (Esters et al., 1998; Griffiths et al., 2014; Pinfold et al., 2003; Tanaka et al., 2003)
- *El contacto.* Esta estrategia consiste en promover que se conozca e interactúe con personas con algún diagnóstico de trastorno mental. Se observó que las intervenciones con contacto en el ámbito educativo son más eficaces que aquellas que solo emplean el componente educativo (Chan et al., 2009; Mann y Himelein, 2008). El contacto con narrativas en primera persona, es decir, de forma directa y, a través del visionado de videos de pacientes, de forma indirecta, resultan efectivos.
- *La protesta.* Este método se emplea contra declaraciones públicas que estigmatizan trastornos mentales, informes de medios de comunicación y publicidad engañosa (Rüsch et al., 2005). Esto, según estudios, es eficaz porque se rebate información falsa, pero también puede producirse un “efecto rebote” haciendo que las campañas promuevan aún más el estigma.

La idea de todo esto es la alfabetización sobre el trastorno promoviendo la búsqueda de ayuda, generando espacios escolares seguros donde todas las personas puedan acudir, ya que es un derecho fundamental, sin ser discriminados ni excluidos.

4.3.2 Herramientas laborales.

Muchas personas pueden pensar que una persona con TOC no tiene derecho a trabajar, pero, como la autora ya ha mencionado en el apartado anterior, tienen todo tipo de derechos, entre los que se incluyen el derecho a la vida, a la educación, al empleo y a la protección social.

Trabajar con TOC puede ser incluso beneficioso para estas personas, ya que, el empleo les proporciona una estructura y distracción saludable. Bien es cierto que, es importante evitar situaciones que puedan desencadenar o empeorar los síntomas, como pueden ser el perfeccionismo excesivo, la sobreexposición a situaciones estresantes o la falta de apoyo emocional.

Por otra parte, existe la cuestión de si las personas con TOC deben revelar su condición a la persona que los contrata. Como respuesta, no existe una obligación legal de divulgar la condición de salud, a menos que sea necesario para solicitar algún tipo de adaptación en el puesto. Sin embargo, en algunos casos sí que puede ser beneficioso informar a los mandos o departamento de recursos humanos, para que se puedan proporcionar los apoyos necesarios y la empresa beneficiarse de las ayudas fiscales que puedan existir.

Como herramientas laborales existen una serie de normativas reguladoras para trabajar con TOC. Estas son:

- Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la seguridad social y se establecen criterios para su notificación y registro. Esto incluye adaptaciones curriculares, en el mismo puesto de trabajo, adaptación de horarios, etc. Además, las bajas por cualquier trastorno de salud mental están reguladas por este decreto.
- La Ley General de la Seguridad Social también contempla la protección de los trabajadores en caso de enfermedad o incapacidad temporal, incluyendo los trastornos mentales.

Debido al incremento de problemas de salud mental, las empresas están incorporando una herramienta que facilita y ayuda la vida de estas personas. Esta consiste en la disposición de un servicio de psicología y apoyo que, en ocasiones, es gratuito y en otras su precio se encuentra muy reducido. Esto se hace con la idea de mostrar confianza en las posibilidades del trabajador, ofreciéndole los apoyos que necesite para seguir en la empresa, fomentando su tranquilidad personal y laboral.

4.4 Integración social, laboral y familiar.

En el desarrollo de este punto se van a emplear los resultados de la entrevista que se realizó al psicólogo e investigador José Antonio Piqueras Rodríguez, cuya transcripción

se puede ver en el Anexo I de este trabajo de fin de grado, así como el análisis y la comparación con otras dos entrevistas en el apartado 6.2 (Resultados de las entrevistas).

4.4.1 Integración social.

Cuando hablamos del ámbito social, las personas con TOC suelen ser propensas a no buscar ayuda profesional. La búsqueda de ayuda se define como aquel comportamiento activo que implica hablar de problemas personales con otra persona para recibir un apoyo, una orientación y una postura empática y comprensiva en respuesta a un problema o experiencia (Rickwood et al, 2005)

La ayuda puede ser obtenida mediante distintas fuentes, que varían en función de su grado de formalidad. Aquellas informales son las que provienen de las relaciones sociales, como pueden ser los amigos o la familia, y las formales, son aquellas que provienen de fuentes profesionales que poseen una formación adecuada para tratar con estas personas.

Lo que suele ocurrir es que las personas que pasan por un problema de salud sienten la necesidad de requerir la ayuda profesional, evalúan costes y beneficios de recibir un tratamiento y eligen entre uno de los distintos tipos de ayuda existentes. Así pues, las actitudes y creencias sobre los trastornos mentales influyen en la sensación de buscar ayuda y en la evaluación de costes de recibir un tratamiento y, por tanto, en la decisión de seguirlo (Eisenberg et al., 2009)

El proceso, por tanto, según lo establecido anteriormente, empieza con la toma de conciencia de los síntomas y la valoración de tener un problema que requiere una intervención. Posteriormente, esta conciencia y valoración deben poder expresarse para que sean entendidas por otros, que la persona que sufre el problema se sienta cómoda expresando lo que padece y que las fuentes de ayuda estén disponibles y sean accesibles. Finalmente, la persona debe tener la capacidad para revelar su estado interior a esa fuente de ayuda (Rickwood et al., 2005)

4.4.2 Integración laboral.

Por otra parte, en el lugar de trabajo, las personas con TOC suelen tomarse más tiempo para realizar una tarea, debido a obsesionarse con un pensamiento, tienen dificultad para concentrarse, se preocupan por lo que opina el resto y evitan salas de reuniones o baños por miedo a contaminarse.

Estos aspectos repercuten en la posición laboral, pues los directivos temen que se agrave la situación y eso impide su ascenso, consideran que no tienen aptitudes para desempeñar ese puesto; las empresas, a veces, no permiten tomar días libres para la salud mental debido al estigma que existe y se emplean insultos o malos comentarios.

Damián Alcolea, actor español, intervino en el Congreso de los Diputados el día de la Salud Mental, en el año 2018. Explicó la falta de sensibilización en salud mental y contó su experiencia personal. Sufrió acoso por compañeros del instituto y él no entendía cómo en su cabeza se repetían de forma continuada pensamientos relacionados con el suicidio. La primera vez que fue a la psicóloga, le diagnosticó TOC, lo cual se vio acompañado de un periodo de desorden alimenticio, a punto de caer en la anorexia nerviosa. Años más tarde, pasó por un periodo depresivo, con pensamientos suicidas. Contó como el TOC sigue presente en su día a día, pero que hoy, gracias a años de terapia y aceptación personal, lo ve de otra forma.

También cuenta¹ como, tras la primera cita con su psicóloga, pasaron 3 meses hasta la segunda, cuando es una situación, como dice él, de primera necesidad en términos de salud mental, reivindicando así la necesidad de más psicólogos y personas del ámbito social que ayuden a que personas con trastornos mentales puedan llevar una vida tranquila. Expresa que, es la gente quien lo padece la que tiene que expresar lo que le ocurre, porque *con la voz también tenemos la responsabilidad de cambiar la narrativa sobre quienes somos, y crear una nueva* (Alcolea, 2023)

José Antonio Piqueras Rodríguez, profesor titular de la Universidad Miguel Hernández de Elche, en el área de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico del departamento de psicología de la salud, investiga la sintomatología obsesivo-compulsiva en adultos, jóvenes universitarios y adolescentes. Su experiencia estos últimos años ha sido como clínico y en el área de asesoramiento psicológico de la universidad. Debido a varios casos de TOC en la consulta, se interesó por este tema.

Expresa el poco reconocimiento social o público, tanto de este trastorno como del suicidio y la depresión, así como la incapacidad de este trastorno, lo cual compara con la esquizofrenia. Por otra parte, critica la visión romántica y de humor mediante películas o cuentos. Al ser un trastorno que tiene tratamiento si se diagnostica de forma

¹ El vídeo de Damián Alcolea se puede ver en el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=4G5-e4S1BNo>

temprana, se debe hacer hincapié en la erradicación del estigma y los prejuicios que existen que, en muchas ocasiones, imposibilitan el acceso al tratamiento.

Afirma que *“los grados universitarios y másteres hacen hincapié en los trastornos del neurodesarrollo (como el autismo o la discalculia), porque se relaciona con el desempeño educativo, pero los problemas de salud mental no se tienen en cuenta”*. Por otra parte, recalca la importancia de trabajar otro tipo de competencias en el aula educativa, como son la social y la emocional.

En cuanto a la figura del educador social, la considera fundamental en la intervención de personas con este trastorno, actuando como coterapeutas, acompañando, facilitando y anotando la evolución para mejorar el problema. Todo esto mediante una coordinación interdisciplinar con áreas como la psicología, la fisioterapia y la medicina.

4.4.3 Integración familiar.

Otro aspecto que no se tiene en cuenta, y que es de suma importancia según comenta el investigador, es el impacto en el entorno de la persona con TOC. Como dijo el investigador José Antonio Piqueras Rodríguez en la entrevista realizada por la autora de este trabajo de fin de grado el día 24 de octubre de 2024: *“La familia se acomoda, lo justifican, de hecho, hay cuestionarios de acomodación al TOC”*. En el tratamiento del TOC infanto-juvenil la familia forma parte de la intervención y se trabaja con ellos sentimientos de culpabilidad, se dan cambios para no acomodarse... En el caso de los adultos también suele trabajarse con la familia, pero, en este caso, es la persona adulta la que autoriza a la familia para intervenir en sesiones o programas. En el Anexo I se puede leer la entrevista completa.

Las personas con TOC, al no sentirse entendidas, tienden a aislarse de la sociedad, por ello, en muchos lugares se crean asociaciones para tener ayuda y especializarse en el tratamiento (Asociación Española de Ayuda Mutua para los Trastornos de Ansiedad-AMTAES y la Fundación TOC son dos de ellas). Personas con el mismo trastorno y mismos problemas de socialización se encuentran para entenderse sin prejuicios.

En los últimos años se está comenzando a implantar también el término de *“cuidado a los cuidadores”*, explicando la necesidad de intervenir también con el entorno familiar de la persona con algún problema de salud mental, pues también tiene consecuencias sobre él. El entorno no se suele tener en cuenta al pensar que solo sufren quienes

padecen TOC. Sin embargo, familiares y amigos muchas veces, al no entender qué ocurre, cómo reaccionar o qué hacer, pueden rechazar o aislar a esta persona.

En la siguiente tabla se presentan las diferencias que existen entre los distintos géneros de las personas cuidadoras, el nivel de apoyo que tienen a nivel institucional, el apoyo efectivo que reciben y el nivel de salud mental que tienen.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de la salud de las personas cuidadoras informales y no cuidadoras, según el sexo

	Mujeres			Hombres		
	Cuidadoras n = 511	No cuidadoras n = 3091	p	Cuidadores n = 325	No cuidadores n = 2.615	p
Edad, media (DE)	59,9 (14,3)	55,5 (15,3)	a	61,0 (15,4)	53,3 (14,2)	a
Sexo (%)	14,2	85,8	a	11,1	88,9	a
Nivel socioeconómico (%)						
I-II	16	23,6		12,3	24,8	
III	14,1	14,6	a	16,6	15,9	a
IV-V	69,9	61,8		71,1	59,3	
Estado civil (%)						
Casados	73,2	66,8		69,8	78,9	
No casados	27,8	33,2	a	30,2	21,1	a
Estudios (%)						
Primarios	80,2	68,7		67,7	56,6	
Secundarios	14,5	22,6	a	24,9	31,4	a
Universitarios	5,3	8,7		7,4	12	
Empleo remunerado (%)	20,9	32,3	a	40,3	63,3	a
Sedentarismo (%)	73,4	67,8	b	66,2	62,6	NS
Falta de descanso, < 6 h/día sueño (%)	10,7	5,9	a	6,8	4,3	c
Falta de apoyo confidencial (%)	15,1	11,2	c	16,8	10,3	b
Falta de apoyo afectivo (%)	14,6	9,6	b	15,3	7,4	a
Mala salud mental (%)	21,2	11,5	a	13,4	7,4	a
CFR (SF-36) (%)	12,9	7,4	a	5	3,3	NS
CMR (SF-36) (%)	15,8	8,8	a	14,9	9	b
Enfermedades, ≥ 3 (%)	21,5	16,8	b	18,8	11	a
Consultas/año, ≥ 10 (%)	28	21,6	b	19,1	17	NS
Consumo de medicamentos, ≥ 1	53,8	50,1	NS	52,3	39	a

DE: desviación estándar; CFR: componente físico resumen; CMR: componente mental resumen; NS: estadísticamente no significativo.

^ap < 0,001.

^bp < 0,01.

^cp < 0,05.

Fuente: Encuesta de Salud del País Vasco (2002)

El término “cuidadoras” en esta tabla hace referencia a aquellas personas que proporcionan cuidado informal, esto es, apoyo o asistencia que no está remunerada, hacia familiares, amigos o conocidos que tienen alguna dependencia o necesidad especial. Por otro lado, el término “no cuidadoras” serían aquellas personas que no ejercen ese rol de cuidado.

La p pequeña indica el valor de p en un análisis estadístico. Este valor se utiliza para determinar la significancia estadística de una diferencia o relación observada. Por tanto:

- Un valor de p menor a 0,05 indica que la diferencia entre cuidadoras y no cuidadoras es estadísticamente significativa, es decir, que no es atribuible al azar.
- Cuando aparece las siglas “NS” (no significativo), indica que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos que se comparan.

Para verlo con un ejemplo, en la fila de “Edad Media”, el valor de p indica que la diferencia en la edad promedio entre cuidadoras y no cuidadoras es significativa, pues $p < 0,001$.

Como factores relevantes observados:

- Las cuidadoras reportan más falta de descanso (10,7%) y una peor salud mental (21,2%) que las no cuidadoras.
- También, tienen mayor frecuencia de enfermedades crónicas (21,5%) y mayor consumo de medicamentos (53,8%)
- Tienen menor nivel educativo y socioeconómico y menor empleo remunerado.
- Los hombres cuidadores presentan perfiles similares a las mujeres, pero con menor impacto en algunas áreas como el sedentarismo y el consumo de medicamentos.

Todo esto nos indica que las personas que se dedican a cuidar a otras personas de su entorno sufren también consecuencias significativas que afectan a su vida diaria y a sus relaciones personales, profesionales y educativas.

5. METODOLOGÍA.

5.1 Encuesta de investigación.

La encuesta que se realiza en el presente trabajo, realizada para conocer la opinión de personas de distinta edad, sexo y modos de vida, posee un enfoque cuantitativo de investigación. Este enfoque tiene una serie de características, según el manual de *Metodología de Investigación* de Hernández Sampieri (2014):

- Se plantea un problema de estudio delimitado y concreto, cuyas preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
- Se revisa lo que se ha investigado anteriormente.
- Se construye un marco teórico, que es lo que va a guiar el estudio.
- De esta teoría se construyen una serie de hipótesis (cuestiones que se va a probar si son ciertas o no).
- Se someten a prueba esas hipótesis mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados.
- Para obtener tales resultados el investigador recolecta una serie de datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos.

Este método ayuda a conocer las creencias, presuposiciones y experiencias subjetivas de las personas, que son muy cambiantes. Por otra parte, existe la segunda realidad, que sería la objetiva, es decir, la externa. Esta investigación ayuda a contrastar los datos o hipótesis que tiene el investigador con la realidad de otras personas.

La investigadora elabora esta encuesta con la idea de conseguir datos primarios útiles que ayuden a elaborar mejor una propuesta de intervención acorde con las “necesidades” de la población, las cuales se obtienen gracias a distintas preguntas plasmadas en la encuesta. La encuesta va dirigida a la población en general, pero sobre todo respondieron personas jóvenes que están estudiando o que han terminado sus estudios. Un total de 102 personas contestaron a la misma.

5.2 Explicación de las preguntas de la encuesta.

A continuación, se explica la intención y el sentido de cada una de las preguntas de la encuesta, pues la investigadora, después de su investigación, ha querido conocer lo que sabe la población sobre el trastorno y de qué forma lo conciben en los distintos ámbitos.

P1. *¿Sabe lo que es el TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo)?* Esta primera pregunta se hace con la intención de conocer lo que las personas encuestadas saben sobre el trastorno, sobre su existencia.

Derivado de la primera pregunta, se facilita un [enlace](#) (pinchar para acceder) en el que se muestra información sobre el trastorno por si no se conoce, así como se visualiza una imagen que puede representar a muchas personas con TOC (lavado de manos) y se pide un adjetivo para describirla.

P2. *¿Conoce a alguien de su entorno cercano o familiar que sufra TOC?* Esto se cuestiona para saber si la persona que ha realizado la encuesta sabe de alguien que sufra este trastorno.

P3. *¿Cree que es un tema del que la gente habla con su entorno?* Debido a que no existe abundante información sobre el tema, se pregunta si el encuestado considera que sea un tema del que se hable.

P4. *¿Considera que una persona con este trastorno se encuentra limitada en los estudios?* Tiene la intención de conocer si para las personas este trastorno puede afectar a la concentración, a la ansiedad, al fracaso escolar...

P5. *¿Cree que debería haber adaptaciones educativas para personas con este trastorno?* En relación con la anterior, se pregunta para saber si creen que debería existir algún tipo de adaptación escolar.

P6. *¿La vida laboral puede verse condicionada por el trastorno?* Lo mismo con el ámbito laboral.

P7. *¿Considera que las empresas son reacias a contratar a estas personas?* La cantidad de estigma y prejuicios que existen hace que a la investigadora le de curiosidad conocer la opinión que tiene la gente sobre como las empresas pueden ver a personas con este tipo de trastornos.

P8. *¿Hay adaptaciones en el entorno laboral para estas personas? Si es así, indique cuales.* Lo mismo que con las adaptaciones educativas.

P9. *¿Conoce algún programa o servicio social para estas personas? Si es así, indique cual.* Esta pregunta busca identificar si se conocen opciones de apoyo, evaluando el nivel de conocimiento que el encuestado tiene sobre los recursos disponibles en su comunidad.

P10. *¿Existen estereotipos y prejuicios hacia las personas que sufren TOC?* Esta cuestión tiene el objetivo de conocer si las personas han oído hablar en algún medio de comunicación sobre este trastorno.

P11. *¿Ha oído hablar de este tema? ¿Dónde?* En relación con lo anterior, se pregunta sobre dónde se ha oído hablar de este tema, si es que se ha oído hablar de ello.

P12. *¿Cree que el entorno de estas personas se ve afectado? ¿Por qué?* Como se menciona anteriormente, el término “cuidado a los cuidadores” es muy desconocido. Por ello, se pregunta a las personas sobre si creen que afecta a las personas cercanas.

P13. *Si cree que sí que afecta al entorno, ¿se debería hacer algo para atender también al entorno de las personas con TOC?* En caso afirmativo, esta pregunta se hace para saber si para los encuestados sería necesario poner solución a esta cuestión.

P14. *¿Conoce la figura del educador social?* Esta pregunta se realiza para conocer si las personas saben de la existencia de la educación social, pues muchas personas desconocen este grado al ser reciente.

P15. *¿Cree que esta figura podría ayudar en este ámbito?, ¿Cómo?* Al ser un trastorno, se tiende a pensar que lo trata exclusivamente un psicólogo o psiquiatra. Por ello, esta pregunta se realiza para ver la opinión de la gente respecto a la función del educador social con el TOC.

P16. *¿Sería necesario contratar a personas formadas en este trastorno en el ámbito escolar o laboral? ¿Por qué?* Por último, se pregunta esto para saber si para los encuestados sería necesaria una especialización y formación por parte de los profesionales en distintos ámbitos.

[\(Para ir a la encuesta, pinchar aquí\)](#)

5.3 Entrevista de investigación.

Las entrevistas realizadas a los distintos profesionales corresponden a un método cualitativo. El libro de Miguel S. Valles (2009) “Entrevistas Cualitativas” CIS 32, expresa que el beneficio de este método retrospectivo va más allá del mero reconocimiento de las aportaciones hechas por unos y otros autores. Las entrevistas, que emplean un enfoque cualitativo, son un fenómeno empírico mediante el cual se persigue un conocimiento más profundo que el buscado con las encuestas informales.

Al realizar una entrevista, se escoge a las personas que van a ser partícipes, las cuales han estado expuestas a una situación concreta, gracias a la cual proporcionan

información subjetiva y propia. Además, previamente los investigadores han estudiado esa situación para hacer un guión de entrevista, elaborado a partir del análisis de contenido y las hipótesis derivadas, para proceder a su contrastación y recabar información más profunda.

Por todo ello, la autora de este trabajo, a partir de la búsqueda exhaustiva de información, realiza tres entrevistas para contrastar esa información y obtener más datos, pudiendo reflejar los resultados en la propuesta de intervención gracias a lo proporcionado por las entrevistas. Estas se han realizado a tres profesionales que conocen el trastorno y han trabajado o trabajan directamente con personas que lo sufren. Conocer la opinión de los mismos resulta primordial para contrastar la información hallada y poder así elaborar una propuesta de intervención en base a las necesidades detectadas.

5.4 Explicación de las preguntas de la entrevista.

A continuación, se puede conocer el motivo de las preguntas realizadas en las diferentes entrevistas.

- P1. *¿Qué ha estudiado?* Al no conocer a las personas entrevistadas, la investigadora les pregunta sobre su recorrido académico.
- P2. *¿Por qué le interesa el TOC?* Tratan este tema por lo que se les pregunta por su interés en este trastorno y no en otros.
- P3. *¿Cree que existen leyes suficientes que tengan en cuenta el TOC?* Se pregunta sobre el reconocimiento social o público que creen que hay.
- P4. *¿Cómo afecta el TOC en la vida diaria de las personas que ha tratado?* Se les pregunta sobre su experiencia personal tratando a usuarios con TOC.
- P5. *¿Los profesores están preparados para atender a un alumno con TOC?* Se le pregunta si consideran que los profesionales de la enseñanza están preparados para este trastorno.
- P6. *¿Cree que si hay un alumno que tiene este trastorno la solución es integrarle o que estudie en otra clase?* Debido a la división que se está realizando años atrás de alumnado en distintos centros, recolocando a aquellos con necesidades especiales en otro tipo de escuelas, se les pregunta sobre su opinión.
- P7. *¿Conoce la figura del educador social?* Al realizar un trabajo desde esta asignatura, se les pregunta sobre si conoce el grado universitario.

P8. *¿Cómo cree que el educador social podría ayudar a este colectivo?* Al ser psicólogos, se les pregunta esto para conocer su visión sobre la función de la educación social en este tipo de trastornos.

P9. *¿Qué se hace en cuanto a sensibilización en el aula?* Se les pregunta con la intención de conocer programas o experiencias educativas.

P10. *He estudiado que muchas personas no hablan de este trastorno y esto hace que se ralentice el tratamiento, ¿cómo se podría prevenir esto?* Esta pregunta se realiza con la intención de conocer qué se podría hacer para evitar una detección tardía del trastorno.

P11. *¿Las personas con TOC se relacionan solo con personas con TOC?* Esta cuestión tiene la intención de conocer si gracias a sus diagnósticos, conocen el tipo de relación que mantienen las personas con TOC.

P12. *¿Ha tratado con familia o entorno cercano de personas con TOC?* Se realiza para conocer sus experiencias personales.

P13. *¿Cómo reacciona la familia cuando tienen un caso de TOC en su casa?* Se cuestiona esto para conocer si existen prejuicios por parte de la familia.

P14. *¿Qué opinión global tiene del TOC?* Debido a toda su experiencia, se pregunta por su opinión con respecto a este trastorno.

P15. *¿Va a seguir investigando sobre el TOC?* Se quiere saber si tienen interés en este trastorno o les gustaría profundizar en otros.

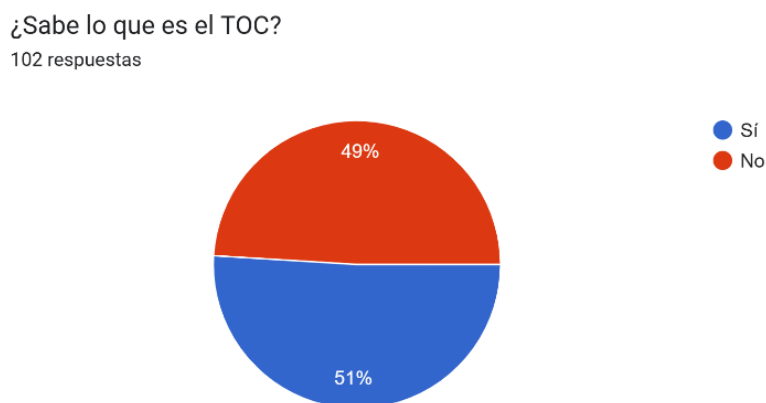
6. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

6.1 Resultados de la encuesta.

En este apartado se encuentran reflejados los resultados de la encuesta, la cual se realizó para conocer las vivencias y opiniones de la población en general, saber si conocen el trastorno, si creen que pueden desarrollar una vida normalizada, si conocen lo que se hace a nivel institucional, laboral, social y familiar...

Tras conocer los resultados, la investigadora realiza un análisis de los datos y realiza una propuesta de intervención, en función de las carencias y necesidades detectadas. Esta propuesta se puede ver en el apartado 7 de este trabajo de fin de grado.

Figura 2. ¿Sabe lo que es el TOC?



Fuente: Elaboración propia.

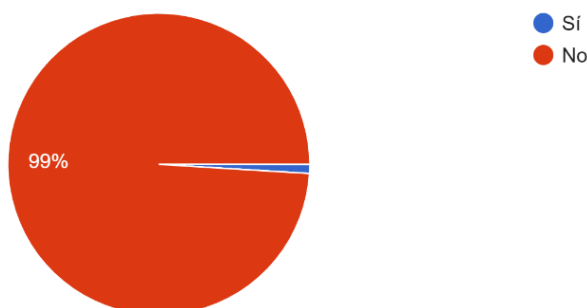
El desconocimiento de un gran porcentaje de las personas encuestadas indica a la investigadora la necesidad de hablar sobre el mismo y realizar un programa de actividades para ello.

La siguiente pregunta es de tipo abierto para conocer la sensación que produce a las personas encuestadas una imagen relacionada con el trastorno.

Casi todos los encuestados exponen que al ver la imagen sienten angustia, incomodidad, rutina, exageración... otras, al no conocer el trastorno lo definen como relajación, higiene y desconexión, entre otros. Esto muestra que hay opiniones diversas y que al no conocer el trastorno o a alguien cercano que lo sufra, pueden no juzgarlo y verlo como algo positivo.

Figura 3. ¿Conoce a alguien de su entorno cercano o familiar que sufra TOC?

¿Conoce a alguien de su entorno cercano o familiar que sufra TOC?
102 respuestas

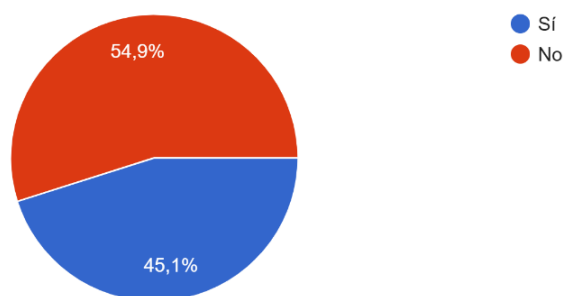


Fuente: Elaboración propia.

Solamente una persona de las encuestadas conoce a alguien cercano que sufra TOC. Por todo lo que se ha reflejado en el presente trabajo, muchas personas pueden padecer el trastorno pero, por la existencia de prejuicios, no comunicarlo a su entorno, lo cual ralentiza su tratamiento y empeora su calidad de vida.

Figura 4. ¿Cree que es un tema del que la gente habla con su entorno?

¿Cree que es un tema del que la gente habla con su entorno?
102 respuestas

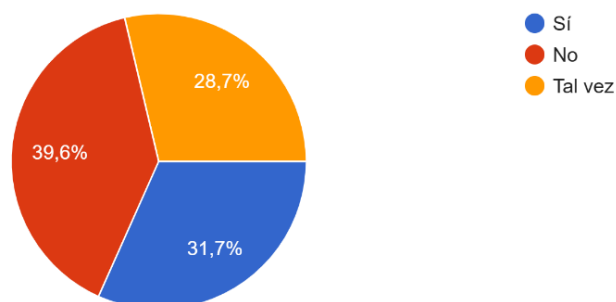


Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las personas considera que no es un tema del que se hable. Sin embargo, existe un gran porcentaje de personas que opinan que sí. Para que esto cambiase y las personas pudiesen hablarlo de forma clara y libre deben existir programas que potencien su difusión y sensibilización. Por ello, en este trabajo se proponen una serie de actividades para facilitar esto.

Figura 5. ¿Considera que una persona con este trastorno se encuentra limitada en los estudios?

¿Considera que una persona con este trastorno se encuentra limitada en los estudios?
101 respuestas

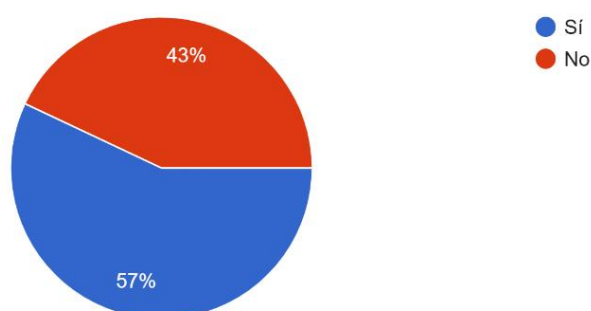


Fuente: Elaboración propia.

El mayor porcentaje de personas señala que no se encuentran limitadas en los estudios. Sin embargo, muchos de los encuestados consideran que sí o no saben si esto ocurre. Este trabajo pretende que las personas con TOC puedan estudiar sin que tengan dificultades y, si existiesen, que puedan ser tratadas con normalidad.

Figura 6. ¿Cree que debería haber adaptaciones educativas para personas con este trastorno?

¿Cree que debería haber adaptaciones educativas para personas con este trastorno?
100 respuestas

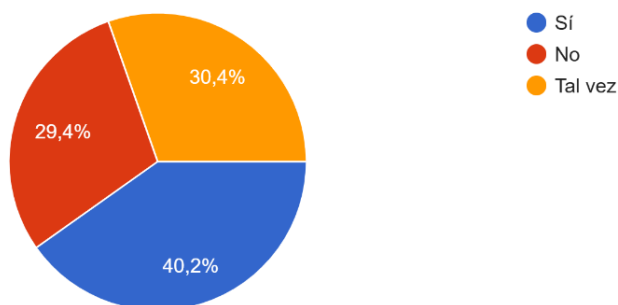


Fuente: Elaboración propia.

La mayor parte de la gente considera que deberían existir adaptaciones. Como se ha tratado, no existe ningún tipo de adaptación para personas con TOC, pues es un trastorno desconocido que no se contempla a nivel legislativo.

Figura 7. ¿La vida laboral puede verse condicionada por el trastorno?

¿La vida laboral puede verse condicionada por el trastorno?
102 respuestas

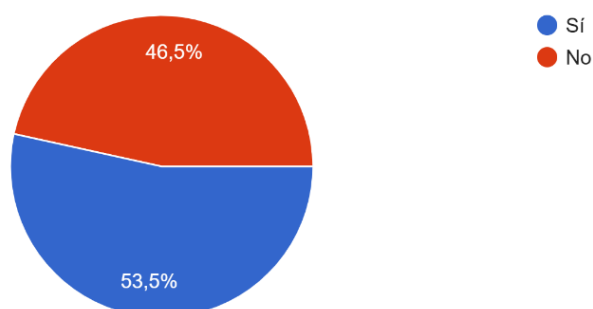


Fuente: Elaboración propia.

Esta respuesta indica que es necesario que se propongan métodos para que las personas con TOC puedan acceder a un empleo digno en el que existan adaptaciones y condiciones óptimas.

Figura 8. ¿Considera que las empresas son reacias a contratar a estas personas?

¿Considera que las empresas son reacias a contratar a estas personas?
101 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Un 53,5% de las personas encuestadas consideran que sí son reacias a contratar a personas con el trastorno, lo cual debe cambiar.

Otra pregunta abierta que se realizó se hizo con la intención de saber si los encuestados conocían algún tipo de adaptación en el ámbito laboral para las personas con TOC.

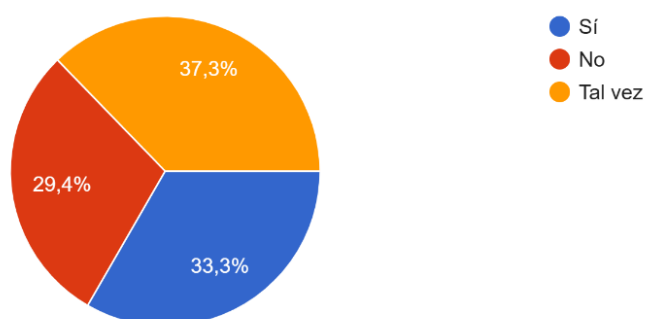
A partir de esta pregunta, la mayoría de las personas consideran que no existen adaptaciones pero que esto debería cambiar. Algunas de las adaptaciones que proponen son “permitir el uso de auriculares para reducir el ruido”, “evitar tareas con contacto físico frecuente”, “permitir que usen guantes si lo necesitan” y “evitar cambios repentinos en las asignaciones”. La investigadora considera estas respuestas como algo positivo, pues los encuestados, a partir de la encuesta y conocer un poco lo que es este trastorno y sus síntomas, han podido proponer aspectos para mejorar su vida laboral.

Se realizó una pregunta abierta para saber si los encuestados conocían algún programa o servicio social para personas con TOC.

Las respuestas más comunes fueron: redes sociales, ONG, líneas de ayuda, servicios sociales, etc. Sin embargo, gran parte de las personas responden que no conocen ningún programa o servicio social. Esto la investigadora lo ve como algo lógico, pues no existe la difusión necesaria, por ello se propone un programa de actividades que tocan todos estos temas.

Figura 9. ¿Existen estereotipos y prejuicios hacia las personas que sufren TOC?

¿Existen estereotipos y prejuicios hacia las personas que sufren TOC?
102 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Al ser un trastorno poco conocido, y reconocido, hay gran variedad de opiniones. El ideal y lo que se pretende, con trabajos de investigación como este, es reducir y eliminar todos esos prejuicios existentes hacia personas con problemas de salud mental, como en este caso el TOC.

Figura 10. ¿Ha oído hablar de este tema? ¿Dónde?

¿Ha oído hablar de este tema? ¿dónde?
86 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría expone que ha oído hablar de ello en su círculo de amigos, por la televisión y por redes sociales. La escuela es el ámbito menos votado y esto es algo que debe cambiar. Se pregunta sobre si se cree que el entorno de las personas con TOC se ve afectado con opción a respuesta de tipo abierto.

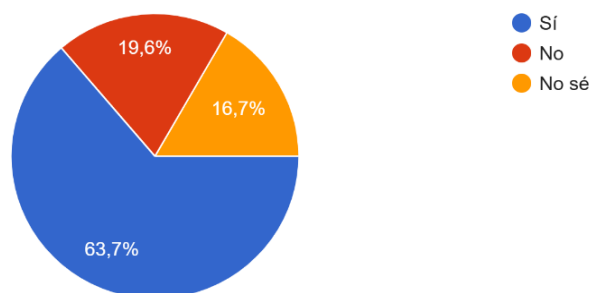
La mayoría de las respuestas son similares: sí, por la frustración, ansiedad, sensación de no poder ayudar, desgaste...

Por ello se debe trabajar, no sólo con las personas que lo sufren sino también con su entorno, que en la mayoría de los casos se ve perjudicado.

Figura 11. Si cree que sí que afecta al entorno, ¿se debería hacer algo para atender también al entorno de las personas con TOC?

Si cree que sí que afecta al entorno, ¿se debería hacer algo para atender también al entorno de las personas con TOC?

102 respuestas



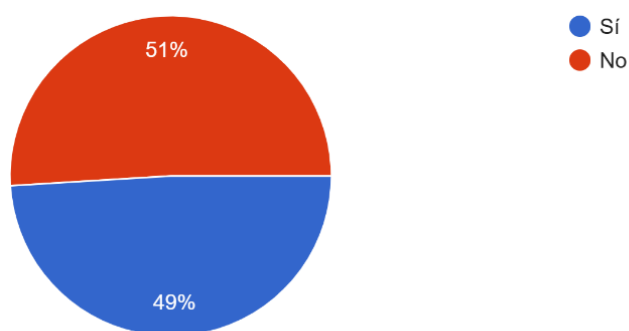
Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las personas consideran necesario cuidar también a los cuidadores, algo de lo que se habla en este trabajo de fin de grado y que es esencial.

Figura 12. ¿Conoce la figura del educador social?

¿Conoce la figura del educador social?

102 respuestas



Fuente: Elaboración propia.

Muchas personas no la conocen. Esta profesión se suele confundir con otras como la psicología o el trabajo social. La investigadora realiza este trabajo con la idea, también, de mostrar que los temas de salud mental no sólo se trabajan por psicólogos o psiquiatras, sino que también existen otros profesionales o figuras muy necesarias y que pueden aportar mucho.

En relación a la profesión de educación social, se realiza una pregunta abierta para saber si, en el caso de conocer la figura del educador social se cree que podría ayudar en este ámbito y cómo.

Las personas que sí conocen la figura del educador social responden que podría ayudar en forma de apoyo, diseñando actividades de inclusión, fomentando la autonomía, contribuyendo a reducir el estigma social y trabajando en la adaptación de la persona, entre otros aspectos.

La última pregunta abierta de esta encuesta pretende conocer si, para las personas encuestadas, sería necesario contratar a personas formadas en el TOC en el ámbito escolar o laboral.

La respuesta a esta pregunta es variada pero la mayoría considera que sí, para mejorar la intervención y difusión del trastorno, ayudando a su inserción y dotando al trastorno de normalidad con el fin de aceptar que estas personas pueden desarrollar una vida plena.

En la tabla siguiente se resume lo que más ha llamado la atención a la investigadora a partir de la encuesta realizada a la población general sobre el conocimiento básico del TOC.

Tabla 2. Temas importantes para la investigadora tras el análisis de los resultados de la encuesta.

CONOCIMIENTO DEL TRASTORNO	Muchas personas desconocen el trastorno. Esto para la investigadora es algo sorprendente, pues es mucha gente joven que lucha por la salud mental y sin embargo no conocen este trastorno.
DIFUSIÓN DEL TRASTORNO	Tan sólo una persona contestó que es un tema del que la gente habla con su entorno. Esta fue la pregunta que más impactó a la investigadora, pues al no tener conciencia del trastorno y no hablar sobre el mismo, se generan una serie de prejuicios insanos y las personas que lo sufren tienen miedo a hablar de ello, lo cual retrasa aún más el tratamiento (como ya se ha mencionado en el presente trabajo).
SENSACIONES A PARTIR DE UNA IMAGEN REPRESENTATIVA DEL TRASTORNO	Al no conocer el trastorno, las personas encuestadas no ven la imagen que refleja el trastorno como algo alarmante o preocupante. Esto indica a la investigadora el gran desconocimiento y la necesidad de difusión del trastorno, así como intervención con toda la población.
CONOCIMIENTO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL	Para la investigadora resultó llamativo el desconocimiento que existe en torno a la profesión.

Fuente: Elaboración propia.

La investigadora antes de realizar la encuesta tenía otra visión sobre lo que podía saber la población acerca del TOC. No sabía que existía tal desconocimiento sobre el tema y esto le ha impactado. Sin embargo, como la encuesta se realizó para ver lo que era necesario mejorar, le ha servido para detectar necesidades y contrastar toda la información obtenida por los distintos recursos (artículos, vídeos, entrevistas...) para así poder diseñar una propuesta de intervención que cubra todas esas necesidades.

6.2 Resultados de las entrevistas.

Tras la realización de tres entrevistas vía online (cuyas transcripciones están ubicadas en los *Anexos* de este trabajo) dirigidas a distintos profesionales, que tienen estudios relacionados con la salud mental y que han tratado el trastorno obsesivo compulsivo, se hace un análisis de los puntos más importantes y se relaciona con lo investigado en el punto 4 de este trabajo.

- Gravedad del TOC. Todos ellos coinciden en que este trastorno es altamente incapacitante, presentando síntomas diversos que afectan a la vida diaria de las personas que lo sufren. En el punto 4.1.2 se refleja el ciclo por el que pasan las personas con TOC, presentando pensamientos muy destructivos e incapacitantes e impidiendo su tranquilidad.
- Falta de visibilidad. Afirman que es poco conocido, mal comprendido y muy estigmatizado. En el apartado de integración social (4.4.1) se expone la dificultad que sufren las personas con TOC a la hora de hablar del trastorno por los prejuicios que existen y la falta de conocimiento del mismo.
- Comorbilidades o confusión diagnóstica. Exponen que se suele presentar junto a otros trastornos o se identifica de forma tardía, pues se manifiesta de forma secundaria o enmascarada. En el apartado 4.1 se trata este punto. A día de hoy el origen del TOC sigue siendo desconocido y puede ocurrir por diversas circunstancias y unido a otros trastornos.
- Falta de formación. Consideran que los profesionales del ámbito educativo no están preparados para detectar ni atender de forma adecuada a alumnos con este trastorno. Si bien es cierto que en este trabajo se presentan diferentes estrategias para abordar problemas de estigmatización, sin embargo, no se trabaja con personas con TOC y no existe sensibilización hacia este trastorno: sigue siendo desconocido y juzgado.
- Falta de sensibilización. Señalan la falta de programas de concienciación sobre la salud mental y el TOC. Como se puede observar en el apartado de legislación del presente trabajo, no existen leyes que tengan en cuenta el TOC, lo que conlleva una falta de sensibilización que trae consigo graves problemas a la hora de afrontarlo y trabajarlo.

- Integración como ideal. Todos ellos abogan por la integración de las personas con TOC, pero confirman que no existen recursos suficientes para que se produzca.
- Falta de apoyo familiar. Todos ellos exponen que el ámbito familiar suele no entender el trastorno, lo minimizan e, incluso, empeoran la situación del paciente, por el miedo y el desconocimiento existente. En el apartado 4.4 se habla sobre la integración en diferentes ámbitos (social, laboral y familiar), explicando las dificultades a las que se enfrentan las personas con el trastorno y el aislamiento que se va produciendo.
- Rol del educador social. Consideran que la figura de educador social es fundamental para contribuir a la sensibilización, el apoyo transversal y la integración de una persona con TOC. El presente trabajo trata la importancia de esta figura para la intervención con este colectivo y su futura integración a nivel social, educativo y laboral.
- Normativas insuficientes. Coinciden en que no existen leyes específicas que aborden el trastorno, así como que la legislación en salud mental es escasa y demasiado general. Como ya se ha mencionado en el trabajo, existen muchas leyes que tratan la discapacidad, pero en ninguna de ellas aparece mencionado y contemplado el TOC y, por tanto, su tratamiento o intervención específicos.

7. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

7.1 Introducción.

La siguiente propuesta se va a desarrollar en un mes, organizando las actividades por semanas y va a estar implantada en institutos y en empresas. Esta propuesta se ha realizado en base a todo lo estudiado sobre el trastorno, reflejado en el apartado 4 “Marco teórico”, a modo de intervención para trabajar en distintos ámbitos ya mencionados. Por todo ello, se tienen en cuenta todos los apartados del punto 4 para su consecuente desarrollo en la práctica de forma contextualizada.

7.2 Objetivos.

La propuesta de intervención se ha realizado en base a unos objetivos en consonancia con los planteados al inicio del trabajo. Los objetivos son los siguientes:

- Visibilizar el trastorno obsesivo-compulsivo. Es el primer paso y el más importante. Al ser un trastorno del que se habla poco y hay muchas personas que no lo conocen, darle visibilidad y conocerlo es clave.
- Concienciar a la población para la erradicación de prejuicios y estereotipos. Muchas personas no se relacionan con personas que sufren TOC porque no entienden sus conductas, por lo que es necesario que conozcan sus síntomas y cómo pueden reaccionar ante una situación de obsesión o compulsión.
- Fijar metas para que empresas e instituciones educativas cuenten en sus equipos y aulas con personas con TOC. Las empresas, por lo general, se ven obligadas a contratar a personas con discapacidad o trastornos de ansiedad porque, al hacerlo, pueden recibir subvenciones y beneficios fiscales. Así mismo, en aulas ordinarias se excluye a estas personas. La idea es que esto no ocurra.

7.3 Contenidos.

Los contenidos que se van a trabajar en esta propuesta de intervención se presentan a continuación. Ayudarán a comprender la realidad que viven las personas que sufren el trastorno y su impacto en la vida diaria. Estos contenidos son trabajados por una serie de profesionales cualificados y promueven valores como la empatía, la solidaridad y el trabajo en equipo.

Los contenidos son los siguientes:

- Definición del trastorno obsesivo compulsivo.
- Sintomatologías asociadas.
- Conductas propias del trastorno.
- Experiencias en primera persona.
- Estigmas y prejuicios existentes.
- Medidas de apoyo.
- Identificación y análisis personal.
- Autoconocimiento, resiliencia, bienestar y creatividad.
- Planes de prevención de posibles recaídas.
- Importancia de la salud mental y el empoderamiento personal.

La inclusión de estos contenidos teóricos en la propuesta es fundamental para promover la comprensión del trastorno, su normalización, reducir el estigma y la discriminación y conseguir el bienestar general. Por otra parte, para su correcto funcionamiento, se pretende promover el desarrollo de habilidades prácticas mediante la participación activa de los usuarios, lo que incluye su compromiso y responsabilidad.

7.4 Metodologías.

En la propuesta de intervención se ha optado por integrar varias metodologías con la intención de que se potencie un aprendizaje significativo que, al involucrar a los usuarios en la generación de conocimiento de forma activa, se fomente una comprensión profunda y duradera de lo aprendido. El objetivo es crear conciencia social en los participantes en relación con el trastorno, implicándoles de forma directa y promoviendo el trabajo en equipo. Por tanto, algunas metodologías utilizadas en la propuesta de intervención son:

- Metodología participativa, gracias a la cual los participantes se involucran directamente en el desarrollo para poder ayudar a personas que sufren el trastorno, a la vez que muestran la importancia de atender a este colectivo.
- Aprendizaje colaborativo, mediante la enseñanza de distintos documentos y la narración de experiencias en primera persona. Tras esto, se hace una reflexión común y se sacan una serie de conclusiones, de esta forma se potencia la escucha activa y el trabajo en equipo.
- Aprendizaje experiencial, pues los participantes podrán vivir situaciones similares a las vividas por personas con trastorno obsesivo compulsivo, lo que

les permitirá desarrollar un sentimiento de empatía y sensibilidad hacia este tema.

- Diseño colaborativo y uso de las TIC. Gracias a las distintas actividades planteadas, podrán expresar su creatividad mediante distintos proyectos propios y poder expresar lo que quieren contar de forma visual y, mediante la aplicación, podrán usar las nuevas tecnologías que aparecen plasmadas a modo de dispositivo y abierto a todo tipo de público.

Por otra parte, se busca fomentar el desarrollo de una serie de competencias clave como el trabajo en equipo, el pensamiento crítico y el empoderamiento personal. Esto hace que a su vez se promueva la participación y el compromiso de todos ellos, pues al sentirse parte del proceso de aprendizaje, los usuarios se sentirán más motivados y mostrarán mayor interés, generarán un sentido de responsabilidad al sentirse parte activa del proyecto y se favorecerá un ambiente agradable y enriquecedor.

7.5 Recursos.

Para esta propuesta se van a emplear una serie de recursos que se dividirán en materiales, humanos y espaciales. Para su fácil y rápida visualización, se facilita la siguiente tabla.

Tabla 3. Recursos para la propuesta de intervención.

RECURSOS MATERIALES	RECURSOS HUMANOS
Fichas	Educadores sociales
Pizarra	Psicólogos
Libro	Psicoterapeutas
Gel hidroalcohólico	Ingenieros informáticos
Papel, lápices, rotuladores...	RECURSOS ESPACIALES
Tijeras, pegamento, cartulinas...	Sala o aula
Plantas artificiales	Entorno natural (p. ej. un parque)
Materiales para creación del jardín (cartón, tela...)	

Fuente: Elaboración propia

7.6 Temporalización.

Tabla 4. Temporalización de las actividades de la propuesta de intervención.

ACTIVIDAD 1	Durará 60 minutos al ser una “primera toma de contacto” con el trastorno.	Es una actividad introductoria gracias a la cual se obtendrá una idea de lo que es el TOC, realizando también un juego de roles para poder vivirlo en primera persona. Por último, se hará una reflexión grupal.
ACTIVIDAD 2	Durará 90 minutos debido a que cada persona necesita su tiempo, y luego habrá un tiempo dedicado a resolver dudas.	Se presentará la actividad, que consiste en escuchar y vivenciar experiencias narradas en primera persona por usuarios que sufren TOC. Posteriormente se hará una ronda de preguntas.
ACTIVIDAD 3	Durará 130 minutos debido a su larga extensión. Requiere un análisis personal y luego su puesta en marcha mediante el <i>jardín</i> , el cual se diseña personalmente.	Se presentará el material y se explicará lo que se va a hacer. Posteriormente, de forma individual, se analizarán las tareas que se quieren realizar y plasmar en el jardín. Por último, tras la realización del jardín, se presentará cada uno.
ACTIVIDAD 4	Durará 60 minutos. Es más rápida que las anteriores ya que muchas personas no están cómodas al sentirse observadas. Sin embargo, es una actividad que ayuda al empoderamiento personal.	Se presentará la actividad y se llevará a cabo. Por último, cada persona explicará lo que ha sentido y cómo se ha visto, si le ha fortalecido o no.
ACTIVIDAD 5	Durará 60 minutos. Es una actividad dirigida sobre todo a niños, por lo que no puede ser muy extensa, ya que estos se cansan o comienzan a distraerse con otras cosas.	Se presentará la actividad y se repartirá el material. Cada usuario comenzará a dibujar <i>su monstruo</i> y después se interpretarán los distintos dibujos realizados.
ACTIVIDAD 6	Esta propuesta se hace con la idea de realizarla todos los días, con un tiempo por persona de 15 minutos.	Al principio, y siempre que haya personas nuevas, se presentará la idea y se explicará el sitio y cómo y cuándo se puede solicitar.
ACTIVIDAD 7	La presentación de la aplicación, así como el tiempo dedicado a peticiones, computará un total de 35 minutos. Su uso será ilimitado para quien disponga de la aplicación en sus dispositivos.	Se presentará y se probará con distintas personas para ver su funcionamiento. Posteriormente, la aplicación dispone de una especie de “ <i>buzón de sugerencias o quejas</i> ” que se podrá usar en cualquier momento.
ACTIVIDAD 8	Durará 90 minutos.	Se presentará la actividad, se explicarán los conceptos claves a trabajar y se realizará el taller correspondiente. Por último, se preguntará por sensaciones y opiniones.

Fuente: Elaboración propia

7.7 Evaluación.

Las distintas actividades de la propuesta de intervención serán evaluadas mediante encuestas y cuestionarios de satisfacción, así como otros procedimientos como la observación directa. Todo esto se encuentra expuesto en los *Anexos* de este trabajo.

Además, para la propuesta completa se propone, como método de evaluación, una rúbrica que se facilita a continuación en forma de tabla y que servirá para conocer su eficacia en los usuarios, lo cual puede ayudar a transformaciones futuras que incluyan mejoras en su desarrollo.

Tabla 5. Método de evaluación de la propuesta de intervención.

CRITERIOS	EXCELENTE	BUENO	ACEPTABLE	INSUFICIENTE
Claridad y pertinencia de los objetivos	Los objetivos son claros y están directamente relacionados con el problema que se quiere abordar.	Los objetivos son claros, pero podrían ser más específicos.	Los objetivos son generales y no están definidos de forma clara.	Los objetivos son irrelevantes.
Justificación.	La propuesta de intervención se encuentra respaldada por una sólida base teórica y evidencia empírica.	La propuesta de intervención está respaldada por algunas evidencias, pero podría fortalecerse de algún modo.	La justificación es algo débil o se basa en opiniones subjetivas.	No hay justificación o la evidencia carece de sentido.
Metodología.	La metodología de la propuesta está detallada y es clara.	La metodología por lo general es adecuada, pero se podría mejorar.	La metodología es algo vaga o no está bien explicada.	No existe una metodología clara.
Viabilidad.	La propuesta es realista y factible.	La propuesta es viable, en general, pero se podrían identificar algunas limitaciones.	La propuesta presenta alguna dificultad en cuanto a viabilidad.	La propuesta no es viable.
Impacto.	La propuesta tiene potencial de impacto muy alto, positivo y duradero.	La propuesta tiene un potencial de impacto positivo, pero podría ser mayor.	La propuesta tiene potencial de impacto limitado.	La propuesta no tiene un potencial de impacto significativo.
Evaluación.	La propuesta incluye un plan de evaluación adecuado y detallado para medir los resultados.	La propuesta incluye un plan de evaluación, pero podría especificarse más.	No existe un plan de evaluación.	No se considera la evaluación en la propuesta.

Fuente: Elaboración propia

7.8 Descripción de las actividades

Tabla 6. Actividad 1 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		N° Actividad	
TOC TOC, soy yo.		1	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilizar a los participantes sobre el trastorno obsesivo-compulsivo para promover una mayor comprensión y empatía hacia las personas que lo padecen.• Conocer sus síntomas y posibles consecuencias en la vida cotidiana.• Identificar las diferencias existentes entre conductas normales y conductes compulsivas.		<ul style="list-style-type: none">• Definición.• Sintomatología.• Diferencia entre conductas normales y compulsivas e impulsivas.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Esta actividad está diseñada para proporcionar una comprensión lúdica y participativa sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, promoviendo tanto el conocimiento como la empatía. Los individuos se dividirán en grupos y realizarán una serie de dinámicas que simulan actividades cotidianas donde podrían aparecer los síntomas del TOC.• Esta actividad consiste en dar visibilidad al trastorno en empresas y aulas educativas para que las personas conozcan que es algo que existe, aunque no se hable mucho de ello.• Se trata de un juego de roles donde las personas puedan experimentar de forma indirecta las sensaciones y desafíos a los que se enfrentan diariamente las personas con TOC.• Se realizarán de forma continua varias acciones como limpiarse las manos y leer varias veces la misma línea de un libro.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Aula amplia o sala de actividades. En forma de agrupamientos pequeños, en función de las personas que compongan el grupo donde se desarrolle la actividad.	Educador Social. Fichas con descripciones de acciones que representan conductas relacionadas con el TOC. Pizarra para conclusiones. Libro. Gel hidroalcohólico para simular lavado de manos.	Presentación de la actividad (fase teórica)	15 minutos
		Dinámica de roles.	30 minutos
		Reflexión grupal con conclusiones.	15 minutos
Instrumentos de evaluación			
La actividad se evaluará mediante la observación y un cuestionario de satisfacción (Anexo IV)			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Actividad 2 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		Nº Actividad	
TOC en primera persona. Historia de vida.		2	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Comprender el trastorno desde una perspectiva personal mediante testimonios de personas que lo viven, para poder conocer sus retos diarios y las estrategias que tienen para afrontarlo.• Fomentar la reflexión sobre cómo personas con TOC pueden ser estigmatizadas y cómo generar apoyo, desmitificando ideas erróneas.		<ul style="list-style-type: none">• Experiencias personales.• Prejuicios y estereotipos.• Medidas de apoyo.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Personas que padecen este trastorno comparten sus experiencias de vida, narrando cómo descubrieron que tenían TOC, cómo afecta a su vida y lo que han aprendido durante este proceso. Se ayudará a conocer las señales de alerta y así poder identificar el trastorno y saber cómo actuar ante dicha situación.• También contarán momentos en los que se han sentido juzgados; cómo les ha afectado a la hora de estudiar, trabajar y mantener relaciones sociales y familiares.• Finalmente, habrá una ronda de preguntas donde se cuestionen curiosidades que vayan surgiendo.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Aula o sala con buena acústica. Sillas en forma de círculo o semicírculo para crear atmósfera de cercanía e intimidad.	Educador Social. Sillas y micrófono (opcional).	Introducción.	10 minutos
		Testimonios.	60 minutos
		Ronda de preguntas.	20 minutos
Instrumentos de evaluación			
Esta actividad se evaluará mediante una encuesta para conocer el impacto de las experiencias de vida en los usuarios. (Anexo V).			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Actividad 3 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		Nº Actividad	
El jardín de las tareas		3	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Facilitar la comprensión y la gestión de las tareas diarias a través de una representación gráfica intuitiva.• Priorizar tareas según importancia y urgencia.• Disminuir la sensación de sobrecarga cognitiva al tener una visión clara y estructurada de tareas pendientes.• Fomentar la sensación de logro al completar tareas, cuidando de “su jardín”.		<ul style="list-style-type: none">• Identificación de tareas.• Diseño personalizado del jardín.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Cada participante realizará un listado de sus tareas (ámbito laboral, educativo o personal) y las clasificará según diferentes criterios.• Se les proporcionará material para diseñar su propio jardín, eligiendo tipo de plantas, tamaño del jardín, ubicación de las tareas...• Se establecerán una serie de pautas para el cuidado del jardín y unas estrategias para mantenerlo organizado y actualizado.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Se puede realizar en grupo o individualmente. Se recomienda espacio amplio con buena iluminación.	Educador Social.	Explicación de la actividad y presentación del material	20 minutos
	Papel y lápiz	Identificación de tareas y diseño del jardín	80 minutos
	Rotuladores		
	Tijeras		
	Pegamento		
	Plantas artificiales		
	Material para crear el jardín (cartón, tela...)	Presentación de los jardines	30 minutos
Instrumentos de evaluación			
Cuestionario inicial y final (para observar los cambios en la percepción de la organización y manejo del tiempo) (Anexo VI)			
Observación directa (para evaluar la participación y el compromiso de los usuarios)			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Actividad 4 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		Nº Actividad	
Construyendo fortalezas		4	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Identificar y valorar las fortalezas personales.• Desarrollar una visión positiva de uno mismo.• Crear un plan de acción para prevenir recaídas.		<ul style="list-style-type: none">• Autoconocimiento.• Autoestima.• Resiliencia.• Plan de prevención de recaídas.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Se comenzará con una lluvia de ideas (<i>brainstorming</i>) sobre cualidades positivas de cada persona.• Se expondrán también las metas personales de cada uno.• El resto de personas dirán cuál consideran que es la fortaleza principal de la persona de la que se esté hablando, a pesar de no conocerla en profundidad.• Por otra parte, al hablar de las debilidades, se darán consejos sobre cómo superarlas, qué ha ayudado a otras personas y con qué herramientas se pueden contar.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Espacio amplio con sillas haciendo un círculo para fomentar la interacción y colaboración.	Educador Social que dirija y oriente la actividad. Sillas.	Presentación de la actividad	10 minutos
		Desarrollo de la actividad	40 minutos
		Puesta en común, sensaciones.	10 minutos
Instrumentos de evaluación			
Cuestionario de satisfacción. (Anexo VII)			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Actividad 5 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		N° Actividad	
El monstruo de mis pensamientos		5	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Identificar y reconocer los pensamientos intrusivos.• Confrontar esos pensamientos.• Contribuir a disminuir la ansiedad.• Fomentar el desarrollo de habilidades de comunicación y resolución de problemas.		<ul style="list-style-type: none">• Creatividad.• Creación de historias donde se interactúa con los monstruos.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Esta actividad está dirigida al ámbito educativo.• Se inspira en la metáfora de un monstruo que representa los pensamientos obsesivos.• A través de la creación de dibujos, los niños externalizan sus pensamientos intrusivos, aquello que les preocupa, dándoles una forma y reduciendo así el impacto emocional que les provoca.• Externalizar estos pensamientos y representarlos en forma de monstruo, hace que “se enfrenten” a él, dejando de tenerle miedo y plantando cara a sus problemas.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Aula con sillas y mesas.	Educador Social. Psicólogo. Hojas de papel. Rotuladores.	Presentación de la actividad y reparto del material	10 minutos
		Realización de los dibujos	30 minutos
		Interpretación de cada dibujo	20 minutos
Instrumentos de evaluación			
Observación.			
Análisis de los dibujos por parte de un psicólogo.			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Actividad 6 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		N° Actividad	
Cabina de distracción		6	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Reducir el estrés.• Mejorar la concentración.• Aumentar la productividad.• Promover el bienestar emocional.		<ul style="list-style-type: none">• Autoestima.• Empoderamiento personal.• Bienestar.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Es un espacio físico (cabina) diseñado para proporcionar un refugio temporal de estímulos externos, lo cual permite a las personas relajarse, concentrarse o tomar un pequeño descanso durante su jornada laboral o educativa.• Se hace con la idea de mantener una buena salud mental, trabajando esto todos los días, durante 15 minutos, con una persona especializada.• Contar los problemas personales, las inquietudes, aquello que está provocando la presencia de pensamientos obsesivos o simplemente poder hablar para recuperar esa tranquilidad, permitirá que aumente el rendimiento tanto en el aula como en el lugar de trabajo y que las personas estén cómodas sabiendo que existe un tiempo en el que pueden deshagoarse y expresarse.• Esta “cabina” estará disponible durante toda la jornada, pudiendo utilizarla cuando se necesite.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Sala con sofá, buena iluminación y con música tranquila, relajante.	Psicólogo. Educador Social. Sala.	Explicación de esta herramienta	15 minutos
		Uso por persona	15 minutos
		Sensaciones	10 minutos
Instrumentos de evaluación			
Cuestionario de satisfacción muy breve. (Anexo VIII)			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Actividad 7 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		N° Actividad	
Mi espacio TOC		7	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Brindar un espacio seguro y personalizado para personas con TOC.• Ofrecer un recurso de apoyo para la gestión de sus síntomas y el fomento de su bienestar emocional.		<ul style="list-style-type: none">• Interactivos.• Apoyo por parte de profesionales.• Registro de síntomas.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Esta actividad consiste en la creación de una aplicación informática que pueda ayudar a muchas personas que sufren el trastorno.• Gracias a esta aplicación, disponible para descargar en todo tipo de dispositivos, se podrá aprender sobre el TOC, registrar síntomas, practicar técnicas de relajación guiadas por expertos, encontrar apoyo mutuo con otras personas con el mismo trastorno, crear un plan de tratamiento personalizado y acceder a recursos sobre profesionales, organizaciones y eventos relacionados con este trastorno.• La aplicación permite discreción y comodidad, personalización y apoyo continuo (recibiendo recordatorios, motivación y consejos para situarse en el camino hacia la recuperación).			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Espacios virtuales mediante videoconferencias para facilitar la participación de personas en distintas ubicaciones. Espacios físicos (si se realizan sesiones presenciales) Grupos pequeños (de 5 a 8 personas)	Aplicación creada por expertos informáticos con la ayuda y asesoramiento de un Educador Social y un Psicoterapeuta.	Presentación de la aplicación	15 minutos
		Demostración de uso	10 minutos
		Espacio para peticiones u opiniones	10 minutos
Instrumentos de evaluación			
Cuestionario de satisfacción al emplear la aplicación. (Anexo IX)			

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Actividad 8 Propuesta de Intervención.

Título de la actividad		N° Actividad	
¿Y quién cuida de mí?		8	
Objetivos		Contenidos	
<ul style="list-style-type: none">• Reconocer la importancia del autocuidado en los cuidadores.• Promover actividades relajantes y de autoexpresión.• Fomentar la creación de una red de apoyo entre los cuidadores.		<ul style="list-style-type: none">• Relajación.• Empoderamiento personal.• Salud mental.	
Descripción actividad			
<ul style="list-style-type: none">• Actividad dirigida a las personas que cuidan de otras personas que tienen TOC.• Consistirá en dedicarse tiempo a ellas mismas, pudiendo compartir, con otras personas que viven lo mismo, sus experiencias.• Se realizarán actividades de relajación y talleres de organización del tiempo, pautas de mejora y promoción de la autoestima.• Muchos cuidadores no comprenden lo que les ocurre a las personas que cuidan, los juzgan e incluso los rechazan. Por ello, en esta actividad también se trabajará el estigma existente.			
Espacio y agrupamiento	Recursos	Temporalización	
Un parque, zona verde... Grupo de unas 10 personas cuidadoras.	Educador social. Psicólogo. Espacio natural, al aire libre.	Presentación de la actividad.	5 minutos
		Explicación de la importancia del autocuidado y relajación. Taller de organización del tiempo.	75 minutos
		Opinión personal.	10 minutos
Instrumentos de evaluación			
Encuesta de satisfacción. (Anexo X)			

Fuente: Elaboración propia.

8. CONCLUSIONES.

8.1 Discusión de los resultados.

De acuerdo con el objetivo principal de este trabajo de fin de grado, que expresa la idea de realizar una propuesta de intervención para mejorar el bienestar físico y psicológico de personas con TOC y sus familiares, se ha conseguido realizarla, como se observa en el apartado 7 “Propuesta de intervención”.

Otro objetivo era “Mejorar la capacidad de afrontamiento ante situaciones que desencadenen esos pensamientos obsesivos y compulsivos” y, cómo se observa a lo largo de todo este trabajo, en base a lo analizado y a la falta de autonomía de personas con TOC, se han diseñado una serie de actividades que ayudan a reducir estos efectos.

El segundo objetivo específico que consistía en “Obtener información por parte de profesionales que hayan intervenido con personas con TOC, así como información relacionada a partir de una encuesta, para posteriormente diseñar una propuesta de intervención vinculada” se ha logrado. Para ello se han realizado tres entrevistas a distintos profesionales que conocen el tema y, por otra parte, se ha realizado una encuesta dirigida a la población para conocer cómo perciben las personas el TOC.

Otro objetivo por conseguir era “Proporcionar métodos cognitivos y emocionales que ayuden a lidiar con el malestar producido por el trastorno”. La afectación que supone el trastorno es muy grave, lo que implica sensación de malestar y ansiedad por parte de los usuarios. En la propuesta de intervención se reflejan actividades para aportar ideas y conocimientos con el fin de poder ayudar a remediar esto.

Otro de los objetivos era “Fortalecer las relaciones interpersonales para reducir el impacto en su vida social y laboral”. Como se menciona en el apartado 4 de este trabajo, en concreto en el punto 4.4 “Integración social, familiar y laboral”, los usuarios con TOC se encuentran con muchas dificultades a la hora de socializar, comenzar a estudiar y encontrar un trabajo. Además, sus familiares, en algunas ocasiones, pueden suponer una carga para los mismos, empeorando todos sus efectos. Por ello, en base a este objetivo, en la propuesta de intervención se tienen en cuenta todas estas dimensiones.

En cuanto al objetivo de “Realizar un plan de actuación con la familia para evitar la influencia en la aparición de síntomas, creando un ambiente de apoyo mutuo” también se ha tenido en consideración para la realización de este trabajo.

Las familias, gracias a la propuesta de intervención, también son incluidas y se realiza una actividad específica para ellas, pues, debido a su completa o nula implicación en algunos casos, también hay que tenerlas en cuenta.

Por último, otro de los objetivos planteados es “Fomentar la difusión del trastorno en el ámbito familiar y laboral”. No existe abundante difusión del trastorno, lo que se traduce en escasa implicación por parte de instituciones y organismos públicos y privados, aislando este tipo de situaciones y fomentando así la exclusión de las personas que lo sufren. Esto es algo que, con la propuesta de intervención planteada en este trabajo, por una futura Educadora Social, se pretende cambiar. Por lo tanto, también se contempla este concepto de difusión en distintos ámbitos.

Lo que la investigadora ha aprendido, gracias a la elaboración de este trabajo, es a realizar un análisis exhaustivo de diferentes documentos y artículos científicos. Además, al estudiar este tema, se ha dado cuenta de la importancia de la coordinación entre los profesionales. La Educación Social es una profesión que no se suele tener en cuenta, en muchos casos, cuando se habla de “problemas psicológicos”, porque se cree que la única ayuda que se puede recibir es por parte de psicólogos o psiquiatras. Sin embargo, su posición es fundamental y puede ayudar a muchas personas a ver lo que sufren de forma diferente y a enseñar a la población la diversidad que existe, normalizándola y promoviendo situaciones de igualdad.

Por otra parte, crear una propuesta de intervención supone pensar en muchos aspectos. Por un lado, tener en cuenta las personas que sufren el trastorno y, por otro, ser consciente de las limitaciones que pueden existir y saber hasta qué punto se puede trabajar. Esto requiere reflexión constante y búsqueda de mucha información, así como conseguir contactos con profesionales que estén de acuerdo en colaborar y conceder una entrevista.

8.2 Limitaciones de la investigación.

La principal limitación a la hora de hacer este trabajo ha sido la poca colaboración por parte de asociaciones, pues no son demasiadas las que trabajan con personas con TOC. A pesar de contactar con entidades de diferentes comunidades autónomas, sólo fue una la que proporcionó el contacto de un investigador dedicado al estudio de este trastorno. Gracias a él, la investigadora pudo ampliar sus conocimientos y confirmar que es un trastorno “poco atendido” a pesar de su suma importancia.

Por último, gracias a la realización de las prácticas en un centro que cuenta con psicólogos, la investigadora pudo entrevistar a dos personas más, que, aunque no hubiesen investigado sobre el TOC, conocían el mismo y habían trabajado con personas que lo sufren, lo cual dio otro enfoque a la investigación.

8.3 Prospectivas y líneas de investigación futuras.

Dada la importancia que la autora considera que tiene el tema tratado y teniendo en cuenta las limitaciones temporales que existen por la entrega del presente trabajo en la actualidad, a largo plazo sería de gran interés llevarlo a la práctica en todo tipo de instituciones: sociales, educativas, laborales, etc.

Por otra parte, a la investigadora le gustaría que este tema se tratase de forma directa en los centros educativos de Primaria y Secundaria, fomentando la información y actividades dedicadas al conocimiento sobre la salud mental y su importancia, porque es en estas etapas educativas cuando los niños comienzan a relacionarse con otros, a tener prejuicios y estereotipos y a desarrollar su opinión crítica.

Educar a las personas desde primera edad sobre diferentes trastornos puede ayudar a la normalización y desestigmatización; a promocionar la salud mental para facilitar la búsqueda de ayuda; a mejorar el clima escolar (evitando casos de discriminación, bullying y exclusión); e incluso a su desarrollo personal, potenciando habilidades personales como la empatía, la resiliencia y el autoconocimiento.

Todo ello podría tener un impacto a largo plazo, convirtiendo a los estudiantes en ciudadanos comprometidos e informados sobre temas tan importantes como estos. La mejoría y el entendimiento del TOC en el futuro deberían empezar en las etapas más tempranas de la educación.

9. REFERENCIAS

9.1 Bibliografía.

Alcolea, D. (2023, 10 de octubre). *La salud mental y el TOC en primera persona*. Diversamente. <https://diversamente.es/damian-alcolea-primera-persona-congreso/>

American Psychological Association. (2011). *What do employers need to know about parity?* <https://www.apa.org/topics/managed-care-insurance/paridad>

Arnáiz, P. (2003). *Educación inclusiva: una escuela para todos*. Aljibe.

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5.^a ed.). Asociación Estadounidense de Psiquiatría

Baylor College of Medicine. (s.f.). *Información sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*. Centro de Investigación de Resultados en Salud para la Comunidad Latina. <https://orit.research.bcm.edu/latinostudy/es/ocd>

Belloch, A., del Valle, G. del, Morillo, C., Carrió, C., & Cabedo, E. (2009). To seek advice or not to seek advice about the problem: The help-seeking dilemma for obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 257–264. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0423-0>

Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for obsessive-compulsive disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 65, 36-62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>

Corrigan, P.W., & Rüsch, N. (2002). Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6 (3), 312-334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>

Corrigan, P.W., & Shapiro, J.R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical Psychology Review*, 30 (8), 907-922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>

Crowley, JJ, Cappi, C., Ochoa - Panaifo, ME, Frederick, RM, Kook, M., Wiese, AD, ... y Sampaio, AS (2024). Iniciativa transancestral latinoamericana para la genómica del TOC (LATINO): Protocolo de estudio. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 195 (4), e32962.

Del Pozo Armentia, A. (2009). *Trastorno obsesivo compulsivo*.

<https://mariaamarillo.wordpress.com/en-contenido/subidas/2009/02/trastorno-obsesivo-compulsivo.pdf>

De Psiquiatría, A. A. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5). *Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington*.

Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E., & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66 (5), 522-541. <https://doi.org/10.1177/1077558709335173>

Frances, A., First, MB y Pincus, HA (1995). *Guía del DSM-IV*. Asociación Americana de Psiquiatría.

González, M. (2022). Trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Internacional de Análisis e Intervención*, <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4197/3422>

Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Help-seeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (2), 143-149. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x>

Halgin R. & Krauss S. (2004) *Psicología de la anormalidad* (1ª ed.). McGraw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Planteamiento cuantitativo del problema. En *Metodología de la Investigación* (pp. 34-43).

Instituto Nacional de Salud Mental. (s.f.). *Trastorno obsesivo-compulsivo: Cuando los pensamientos no deseados o comportamientos repetitivos toman control*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-obsesivo-compulsivo>

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2013). *Psicología y evaluación psicológica: Principios, aplicaciones y problemas* (8.^a ed.). Cengage Learning.

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1094-1099. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.018003600>

Keeley, M. y Storch, EA (2008). Etiología, evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. En *Psicología conductual* (p.1).

Kodysz, S. (s.f.). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). *Breve revisión bibliográfica*. Hojas Clínicas de Salud Mental. Facultad de Psicología UBA. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/trastorno_obsesivo.pdf.

Ley Orgánica de Educación (LOE), de 3 de mayo de 2006. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 106, de 4 de mayo de 2006, pp. 17158 a 17207. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2>

Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE), de 9 de diciembre de 2013. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 295, de 10 de diciembre de 2013, páginas 97858 a 97921. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2013/12/09/8>. (Norma derogada con efectos de 19/01/2021, por la disposición derogatoria única 1 de la Ley Orgánica 3/2020. de 29 de diciembre de diciembre. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm.. 340, de 30 de diciembre de 2020, pp. 122868 a 122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>)

Ley Orgánica 3/2020, 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (BOE núm. 106, de 04/05 /2006). Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 340, de 30 de diciembre de 2020, pp. 122868 a 122953. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2020/12/29/3>

López, J., Moral, E., & López-Arrieta, J. (2008). Perfil de los cuidadores informales y análisis de la repercusión del cuidado en su calidad de vida. *Gaceta Sanitaria*, 22 (5), 443–450. <https://doi.org/10.1157/13126285>

Mann, C. E., & Himelein, M. J. (2008). Putting the person back into psychopathology: An intervention to reduce mental illness stigma in the classroom. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43 (7), 545-551. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0324-2>

MSD manuales. (s.f.). *Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), manual MSD, versión para el hogar*. https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastorno-obsesivo-compulsivo-y-trastornos-relacionados/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc#S%C3%ADntomas_v11723132_es

Naciones Unidas. (2006). Organización de las Naciones Unidas (ONU) *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Pérez-Vigil, A., Fernández de la Cruz, L., Brander, G., Isomura, K., Jangmo, A., Feldman, I., Hesselmark, E., Serlachius, E., Lázaro, L., Rück, C., Kuja-Halkola, R., D'Onofrio, BM, Larsson, H. y Mataix-Cols, D. (2018). Evaluación de la asociación del trastorno obsesivo-compulsivo con indicadores objetivos de logros educativos: Un estudio de control de hermanos basado en registros a nivel nacional. *JAMA Psychiatry*, 75, 47-55.

Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182 (4), 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>

Pittenger, C. (Ed.). (2017). *Trastorno obsesivo-compulsivo: Fenomenología, fisiopatología y tratamiento*. Oxford University Press

Rachman, S. J., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Real Decreto 364/2005, de 8 de abril, por el que se regula el cumplimiento alternativo con carácter excepcional de la cuota de reserva en favor de los trabajadores con discapacidad. Gobierno de España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 94, de 20 de abril de 2005, pp. 13466 a 13469. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/08/364> y <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/08/364/con>

Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Gobierno de España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 302, de 19 de diciembre de 2006, pp. 44487 a 44546. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/11/10/1299>

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 289, del 03/12/2013, pp. 95635 a 95673. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2013/11/29/1/con>

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Gobierno de España. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 261, de 31/10/2015, pp. 103291 a 103519. <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8> y <https://www.boe.es/eli/es/rdlg/2015/10/30/8/con>

Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's helpseeking for mental health problems. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20 (8), 529-539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>.

Seibell, P., & Hollander, E. (2014). Manejo del trastorno obsesivo-compulsivo. *Informes F1000 Prime*, 6, 68.

Simpson, H. B., & Rapoport, J. L. (2012). Obsessive-compulsive disorder: A review. *JAMA*, 308 (3), 322-330. <https://doi.org/10.xxxxx/xxxxx>

Valles, M. S. (2007). *Entrevistas cualitativas*, 32. CIS.

World Health Organization. (2023). *Spain: Country health profile 2023*. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies.

<https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/country-health-profiles/chp2023pdf/chp-spain2023.pdf>

9.2 Filmografía.

Charlas TEDx. (2017, 11 de octubre). *¿Qué es el TOC?* https://youtu.be/MsDb_aM8KAw.

9.3 Webgrafía

Estudio latino sobre el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). (s.f.).

[https://orit.re.bcm.edu/latín/es/trastorno obsesivo-compulsivo](https://orit.re.bcm.edu/latín/es/trastorno%20obsesivo-compulsivo)

ANEXOS

Anexo I. Transcripción entrevista investigador del TOC.

A continuación, se muestra la transcripción literal y completa de la entrevista realizada al investigador José Antonio Piqueras Rodríguez. P1, será la investigadora y P2 la persona entrevistada.

P1. Buenos días, José, soy Silvia García, la estudiante de cuarto año de Educación Social. Cómo ya sabe, me facilitaron su contacto para poder hacerle unas preguntas sobre el TOC.

P2. Muy buenas, encantado Silvia. Sí, lo recuerdo y me agrada contribuir a un trabajo así. Así que cuando quiera, adelante.

P1. Perfecto, primero me gustaría saber qué ha estudiado.

P2. He estudiado, y estudio, todo lo que sería la sintomatología obsesivo-compulsiva en adultos, jóvenes universitarios y adolescentes. Además, mis compañeros y yo vimos que hay más sintomatología en población general y que solo se habla del trastorno como tal. Sin embargo, la sintomatología es más amplia y frecuente. Por ejemplo, la tricotilomanía, que es arrancarse el pelo y la excoriación, que es la necesidad de rascarse determinadas partes de la piel. Todo eso lo hemos estudiado porque detectamos a distintas personas con ese tipo de manías y nos interesamos por ello.

P1. Genial. Y el TOC, en concreto, ¿por qué le interesa?

P2. Pues, de forma casual tuve varios casos de TOC en la consulta y luego en la universidad, además un compañero mío estaba muy interesado en ello y me lo contagió por así decirlo.

P1. ¿Cree que existen leyes suficientes que tengan en cuenta el TOC?

P2. Personalmente no lo creo, no hay reconocimiento social o público, ya ni te cuento del ámbito privado. Sí que hay leyes e interés en temas como la depresión o el suicidio, pero el TOC ha sido mucho menos atendido o destacado a pesar de ser un trastorno tan incapacitante como una esquizofrenia, se le ha prestado una visión romántica, de película, con humor, cuando es algo preocupante”.

P1. Toda la razón. Ya que ha tenido casos en su consulta, ¿cómo afecta el TOC en la vida diaria de las personas que ha tratado?

P2. No te puedes ni imaginar el grave impacto que tiene. Sufren mucho, pues dedican muchísimo tiempo a lo que se conoce como *rituales* para controlar las obsesiones y esto produce un desgaste mental muy grande. Además, por lo que he podido comprobar, el salto a la psicosis o a la esquizofrenia en muchos pacientes está muy cerca.

P1. En cuanto al ámbito educativo, ¿los profesores están preparados para atender a un alumno con TOC?

P2. En general, no están formados. En la mayoría de las carreras universitarias, se hace hincapié en los trastornos del neurodesarrollo como el autismo o la discalculia, porque se relaciona con el desempeño educativo, pero los problemas de salud mental no se tienen en cuenta. Además, los profesores no están sensibilizados y salta a la vista que tampoco tienen interés en los trastornos mentales.

P1. ¿Cree que si hay un alumno que tiene este trastorno la solución es integrarle o que estudie en otra clase?

P2. Para mí, y para cualquier persona coherente, cualquier alumno con cualquier condición debe ser integrado, y para eso existen las adaptaciones. Otra cosa es que no se hagan o se aisle a las personas que de primeras son “raras”, pero eso no significa que esté bien hecho.

P1. Cómo ya he mencionado, soy estudiante de Educación Social, ¿conoce esta figura?

P2. Por supuesto que la conozco y además he trabajado con ellos varias veces.

P1. Cómo me alegra oír eso. En base a su experiencia, ¿cómo cree que el educador social podría ayudar a este colectivo?

P2. Creo que su aportación profesional es esencial, coordinándose con otros profesionales y ayudando durante el proceso de terapia, entre otros, pues muchas veces los psicólogos no saben cómo hacerlo y el educador social está formado para ello. Las habilidades sociales en estos casos son primordiales.

P1. ¿Qué se hace en cuanto a sensibilización en el aula?

P2. Muy poca cosa, se habla de muchas enfermedades, pero la salud mental se toca muy poco y esto debería cambiar.

P1. Desde luego. Creo que enlazado con la pregunta anterior y por lo que he estudiado haciendo este trabajo, muchas personas no hablan de este trastorno y esto hace que se ralentice el tratamiento, ¿cómo se podría prevenir esto?

P2. La solución sin ninguna duda está en la sensibilización, la educación y la tolerancia y esto, también puede y debe formar parte de educadores sociales como tú.

P1. Dada su experiencia, ¿las personas con TOC se relacionan sólo con personas con TOC?

P2. No siempre, pero es cierto que muchas veces nadie les entiende y buscan refugio en aquellos que también lo sufren. Ahí se sienten comprendidos, muchos pacientes me comentan que sienten que hay gente como ellos y que no son juzgados.

P1. ¿Ha tratado con familia o entorno cercano de personas con TOC?

P2. Sí, desde luego. Y considero que muchas veces empeoran la situación del paciente.

P1. ¿Cómo reacciona la familia cuando ven un caso de TOC en su casa?

P2. Es muy complicado, la familia se acomoda al TOC, muchas no lo entienden y aíslan al familiar, otras se sienten culpables y pasan a tener otros problemas de salud mental. Esto solo complica las cosas y por ello se suele tener mucho cuidado, no están sensibilizados, no saben nada del tema y piensan que tienen una especie de “monstruo” en su casa que hace cosas raras o que sólo quiere llamar la atención.

P1. Para ir terminando, me gustaría saber qué opinión global tiene del TOC

P2. Es un trastorno poco conocido pero muy denso, cada caso es un mundo y hay que profundizar en él. Yo mismo aprendo cada día a pesar de haber visto muchos casos, pues cada caso es distinto o se tienen unos síntomas diferentes. También la manera de afrontarlo, el contexto en el que se sitúen y el apoyo que reciben, esto hace que los casos sean muy dispares.

P1. ¿Va a seguir entonces investigando sobre el TOC?

P2. Claro que sí. Hay muchas cosas que considero que todavía no sé y quiero conocer. Además, al trabajar con otros profesionales como educadores sociales o terapeutas, cada día aprendo algo nuevo, nos complementamos muy bien.

Anexo II. Transcripción entrevista psicóloga de Cáritas.

A continuación, se muestra la transcripción literal y completa de la entrevista realizada a la psicóloga María Sánchez Ferrero de la entidad de *Cáritas*, especializada en la atención psicológica a Personas sin Hogar. P1 será la investigadora y P2 la persona entrevistada.

P1. ¿Qué has estudiado?

P2. Yo he estudiado psicología y luego he hecho algunos posgrados.

P1 ¿Cuáles?

P2. Pues he hecho el de, bueno, relacionado con la psicología sanitaria, he hecho el de drogodependencias y el que se centra en la terapia cognitivo-conductual.

P1. Vale. Si te interesa el TOC, ¿por qué te interesa?

P2. Bueno, porque es una de las tantas patologías que se puede tratar en consulta y además me parece una de las patologías más complicadas.

P3. ¿Por qué te parece complicado el tema del TOC?

P2. Porque es difícil de analizar y por sus formas de presentarse, que son diversas. Digamos que en el TOC se ve el *modus operandi*. Entonces hay que quitar todo el tema de las rumiaciones, contrastar, ver si viene de algún trauma, etc. Y luego ver cómo se puede actuar.

P1. ¿Crees que hay leyes suficientes que tengan en cuenta el TOC?

P2. Es que, con las leyes, sobre todo, vemos el tema de una discapacidad en general, que da igual que sea mental o física o demás, y donde más trabajo parece que hay es con el tema de retraso mental. El resto se mete todo en el mismo saco, por ejemplo, para el trabajo, o para una prestación. No se especifica. Mucha gente no conoce qué hay detrás. Y además las personas que tienen TOC son muy estigmatizadas y esto se ve en todos los ámbitos. Por ejemplo, en una entrevista de trabajo pueden no contratar a alguien con TOC porque llegue tarde o porque toque la mesa 15 veces.

P1. Vale. ¿Cómo afecta el TOC en la vida diaria de las personas que has tratado?

P2. Es que depende. Hay algunos que normalmente cuando llegan, llegan por otras causas.

Entonces llegan por algún tipo de malestar. Lo que pasa es que, si siguen aumentando, al final puede llegar a ser un incapacitante. Porque claro, cuando empiezas

a destapar cosas, esos estereotipos se agravan más. Es que los míos tienen problemas con todo. Que una persona se levante con un TOC no es lo mismo que tú y yo nos levantemos. O sea, una persona con TOC a lo mejor puede. Pero depende de cuál sea su ideología. Yo me he encontrado una vez a una persona en el paseo de Zorrilla que iba con un EPI directamente y echándose gel hidroalcohólico. A mí ese no me ha llegado nunca, ¿sabes? Y llama la atención porque, claro, vas en mitad de la calle, eso solo lo has visto una vez y te llama la atención, ¿no? Pero sí que ha venido con gente con las manos destrozadas, con las duchas... Sobre todo, las duchas me vienen mucho. Sobre todo, me ha venido mucha gente por temas de purificación y de pecado.

P1. Tratando también el tema educativo y la parte social en el aula, ¿crees que los profesores están preparados para atender a un alumno con TOC?

P2. No están preparados para absolutamente nada de eso. Lo único que buscan, o la experiencia que yo tengo, es un diagnóstico, una etiqueta y luego ya depende de las habilidades del profesor y, sobre todo, de la línea. Porque ahora, por ejemplo, están mucho con el tema de integrar el autismo, pero luego no están preparados. Ni para las aulas, ni para el número de personas que tienen. Y para integrar no solo a nivel educativo, sino en el nivel de la clase. Y los niños son muy crueles. Son muy malos. En el cole de mis hijos no hay casos de TOC, pero sí que saben que son diferentes y que no hay que reírse de ellos. Y ciertos niños que tienen más sensibilidad sí que juegan con los niños que califican como distintos o raros, pero otros no. Porque luego también es mucho la educación en la familia, claro. Pero los profesores no. Porque es que a veces también pedimos que el profesor sepa de todo tipo de patologías. Y no saben porque a ellos no les han enseñado. Tampoco tienen la culpa. Y aparte, un profesor no estudia psicopatología, al final les pasa también con el tema de las medicaciones. Tienen diabéticos, tienen no sé qué, y no se hacen cargo y en muchos colegios, por muy grandes que sean, no tienen enfermeros, ni quieren contratarles.

Aunque la Junta les dé la opción de tenerlo. Entonces, normalmente le mandan al psicólogo educativo, que tampoco tiene conocimientos grandes de psicopatología. Y si acaso, sobre todo, conocen las típicas hiperactividades y demás que ni siquiera son diagnosticadas cuando quieren que sean diagnosticadas ellos. Entonces no están preparados.

P1. Y para ti, si un alumno tiene TOC, ¿la solución es integrarle o que estudie en otro centro?

P2. Integrarle. Lo que pasa que es muy complicado. Yo te lo digo de la manera que nosotros, como especialistas, pensamos en integrarles, pero con un apoyo. En un colegio ordinario, desde el punto de vista psicológico, creo que lo mejor es integrarles y que los críos vean que existen diferentes realidades. Pero ahí también entra el juicio de los padres. Y la realidad es que integrarle en una clase con un único profesor para todos es imposible. Es muy triste lo que digo, pero es que también, con el tema de que soy madre, veo ese tipo de cosas, que hay muchas familias que dicen “que no se junte tanto con él porque a ver si se le van a pegar las manías” y cuando ven que el niño continúa siendo el rarito, le ignoran. O sea, es que no está la sociedad preparada para integrar. Tenemos todos unos prejuicios de la leche.

P1. ¿Conoces la figura del Educador Social?

P2. Sí, y me mosquea mucho. Me mosquea mucho el tema de que sea una de las profesiones que ahora parece que cualquiera pueda ejercer de ella. Y eso me cabrea muchísimo. Porque un Educador Social sabrá mejor cómo tiene que trabajarlo que un maestro o que un integrador. Por ejemplo, yo tengo una amiga que es educadora y demás e incluso para ahora, que he hecho proyectos con ella y ha dado la parte social y yo la parte psicológica, yo he aprendido mucho de ella. Considero que las herramientas y los conocimientos que tienes tú como educadora no las tiene un maestro ni un psicólogo, son distintos, aunque se complementen en muchas ocasiones.

P1. Vale. ¿Cómo crees que entonces el Educador Social podría ayudar en este colectivo?

P2. Incluyéndoles e integrando a estas personas. Y creo que el Educador Social debería ser otra parte obligatoria de los centros educativos para poder realmente integrar. Porque con el tema de la Psicología o de la Logopedia lo que se hace es sacarles del aula y trabajarlo. Y el Educador Social trabaja con todo el grupo y eso fomenta la integración en el aula.

P1. ¿Qué se hace en cuanto a sensibilización en el aula?

P2. Nada.

P1. ¿Y en el ámbito laboral?

P2. Menos. O sea, se habla en general de la discapacidad, pero no por ejemplo del TOC, y existe. Se habla de discapacidad física, de personas en silla de ruedas o incluso auditiva. Pero trastorno mental en el tema laboral...no se toca. No se toca porque, además, da miedo. Como no se conoce, da miedo. Mucha gente me dice que, si

no me da miedo trabajar aquí, dicen con “locos” y yo siempre digo que hay más locos fuera de donde estoy yo. Y a los participantes, normalmente, cuando vienen conmigo a terapia les digo que yo no trabajo con locos, trabajo con gente con problemas. Y un TOC es una persona con problemas. Y que no sabe gestionar un problema como tantos de nosotros que no sabemos gestionar nuestros problemas.

P1. He estudiado que muchas personas no hablan de este trastorno y esto hace que se ralentice el tratamiento. ¿Cómo se podría prevenir esto?

P2. Por la parte psicológica, pero las familias muchas veces son las primeras que no quieren... Vosotros estáis en una generación en la que seguís mucho la salud mental. Pero los que ya somos padres...Y estas cosas... Prefiero que me digas que mi hijo está loco antes que ver que yo puedo hacer algo. Y luego la vergüenza y que no es tan fácil ver que yo o alguien de mi entorno tiene un problema. Nos preocupamos cuando llega a ser algo muy incapacitante y se pasan límites extremos como situaciones de desahucio, pero mientras el problema aparentemente me deje hacer vida normalizada, no se le da importancia. Cuando empiezo a ver que me están aislando socialmente, que laboralmente no encuentro un trabajo y que ya no tengo ni para pagar cosas básicas, es cuando realmente pido ayuda. Mira por ejemplo, el TOC, en mi caso, la mayoría de las veces se descubre que se tiene aquí en la consulta, ellos vienen por otros motivos y aquí es donde se descubre que tienen trastorno obsesivo compulsivo. Vienen porque no encuentran trabajo, porque les están desahuciando o por otros motivos y descubres que lo que tienen es el trastorno, que le impide todo eso y le causa tantos problemas.

P1. ¿Las personas con TOC se relacionan sólo con personas con TOC?

P2. No. Si es que lo primero es que les aíslan...

P1. ¿Has tratado con familia o entorno cercano de personas con TOC?

P2. A todas las familias, no. He tenido a la persona que tiene TOC o a una madre que tiene un hijo con TOC, pero no viene el hijo, sino sólo la madre y viene desesperada, incómoda, avergonzada y agobiada. Pero la mayoría de las familias que trato en consulta están rotas, por eso sólo he tratado a la persona con TOC o a un familiar que viene desesperado y buscando ayuda.

P1. ¿Cómo reacciona, en base a tú experiencia, la familia cuando ve un caso de TOC en su casa?

P2. No lo comprenden ni lo apoyan, aunque ellos digan que sí lo hacen. Tampoco saben cómo apoyar y es normal, porque no se habla de ello.

P1. Y tú solución para los familiares de gente con TOC, ¿sería tratar con ellos o solamente con la persona que tiene TOC?

P2. Tiene que ser integral porque muchas veces cuando ellos están con familiares, hacen que se expresen y desahoguen con alguien. También lo que pasa es que, cuando los TOC son causados por un trauma, muchos de ellos son por parte de la familia entonces ahí no se podría tratar de forma conjunta.

P1. Vale. La última pregunta es... ¿Qué opinión global tienes del TOC?

P2. Es que me molesta mucho el tema del TOC. O sea, al final, ¿qué diferencia hay entre un TOC y una persona con cualquier tipo de problema de drogas, que son a los que trato en el día a día? Nada. Son manifestaciones diferentes que se tratan de formas distintas. Por ejemplo, dos TOC no se tratan igual. Lo importante y a lo que se debe atender es a su difusión en las aulas, en las empresas y en todos lados, también la inclusión de la figura del Educador Social.

Anexo III. *Transcripción entrevista psicóloga de Cáritas.*

A continuación, se muestra la transcripción literal y completa de la entrevista realizada a la psicóloga Elena Calvo Rodríguez de la entidad de *Cáritas*, especializada en la atención primaria. P1 será la investigadora y P2 la persona entrevistada.

P1. Lo primero de todo, ¿qué has estudiado?

P2. He estudiado el grado de psicología en Salamanca y luego hice el máster de Psicología Sanitaria.

P1. Si te interesa el TOC, ¿me podrías decir por qué?

P2. Claro, al final creo que es una condición que hace a la gente sufrir mucho, entonces creo que es un tema que hay que estudiar mucho y por supuesto ayudar a tratar.

P1. ¿Crees que existen leyes suficientes que tengan en cuenta el trastorno?

P2. No, no hay una ley específica que trate el TOC, sino que existen leyes de salud mental, que en mi opinión son muy limitadas.

P1. Sé que has tratado casos de TOC, ¿cómo afecta el trastorno en la vida diaria de las personas a las que has tratado?

P2. Es algo bastante limitante y que no se suele tener muy en cuenta, por lo menos en las personas que yo he tratado. Aparecía como condición secundaria, no como patología principal, pero para ellos es algo muy limitante, sobre todo a nivel laboral y social. No consiguen mantener una estabilidad.

P1. Sobre el ámbito educativo, ¿los profesores están preparados para atender a un alumno con TOC?

P2. Creo que no. En un colegio ordinario, de educación pública no existe ese conocimiento ni formación específica. Además, en la parte de educación sí que se centran mucho en problemas de aprendizaje o de hiperactividad, pero sin embargo el TOC, que también aparece en niños, no se contempla y pasa muy desapercibido, confundiéndolo con otros trastornos.

P1. ¿Crees que si hay un alumno con este trastorno la solución es integrarle o que estudie en otra clase o colegio?

P2. Creo que esto es como todo. Se aboga mucho por la integración en el aula, pero considero que no existen los recursos suficientes para que se produzca. Por lo que

diría que, para que ese niño con TOC estuviese atendido, lo mejor sería en un colegio especializado. Lo ideal sería integrarle con el resto de niños, pero es algo poco probable por la escasez de recursos que hay.

P1. ¿Conoces la figura del Educador Social?

P2. Sí.

P1. ¿Crees que podría ayudar a este colectivo?

P2. Sí, porque al final la figura del Educador Social trata también de abordar todas estas necesidades más específicas. Cuantos más apoyos existan para ayudar a esa persona mejor. Creo que hace falta todo tipo de profesionales, no sólo psicólogos, sino un trabajo conjunto.

P1. ¿Qué se hace en cuanto a sensibilización en el aula? ¿Y en el ámbito laboral?

P2. Sensibilización específica del TOC no hay o no lo conozco.

P1. He estudiado que muchas personas no hablan de este trastorno y esto hace que se ralentice el tratamiento. ¿Cómo se podría prevenir esto?

P2. Pienso en casos específicos que he tratado y pasa justo eso, que el TOC ha aparecido más tarde. Entonces considero que debería existir más sensibilización y formación, para perder ese miedo o saber identificar síntomas que tienes. Hablar de ello ayudaría a la gente a poder identificarlo y buscar ayuda y apoyo antes.

P1. ¿Las personas con TOC se relacionan sólo con personas con TOC?

P2. No lo creo. Las personas que yo conozco se relacionan con todo tipo de personas, aunque suelen tener muchos problemas de habilidades sociales y aislamiento.

P1. ¿Has tratado con familia o entorno cercano de personas con TOC?

P2. No, no he tenido contacto con sus familiares, con amistades sí.

P1. ¿Cómo reaccionan cuando ven un caso de TOC?

P2. Justamente el caso que estoy pensando es un entorno sensibilizado y concienciado con esto ya que pertenecían al ámbito de lo social, pero no es lo que suele pasar. Es algo difícil de entender para el entorno y la familia y se alejan de la persona, lo que produce su aislamiento y exclusión.

P1. ¿Qué opinión global tienes del trastorno?

P2. Que debería estudiarse más y potenciar la sensibilización y difusión en todos los ámbitos.

Anexo IV. Cuestionario de satisfacción de la Actividad 1.

1. ¿En qué medida considera que esta actividad le ha permitido comprender mejor el TOC?
 - Nada.
 - Poco.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - De forma completa.
2. ¿Cree que la actividad ha sido útil para identificar las diferencias existentes entre conductas normales y obsesivas y compulsivas?
 - No.
 - Poco.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - De forma completa.
3. ¿Le ha generado mayor empatía hacia las personas que sufren el trastorno?
 - No.
 - Poco.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - De forma completa.
4. ¿Considera que la dinámica ha sido adecuada para el objetivo de la actividad?
 - No.
 - Poco.
 - Moderadamente.
 - Mucho.
 - De forma completa.
5. ¿Qué ha sido lo que más le ha gustado?
Respuesta abierta.
6. ¿Qué mejoraría en esta actividad?
Respuesta abierta.

Anexo V. Encuesta de la Actividad 2

1. ¿Cree que esta actividad puede ayudar a reducir los estigmas existentes?
 - Si.
 - No.
 - No lo sé.
2. ¿A usted le ha servido?
 - Si.
 - No.
 - No procede.
3. ¿Qué es lo que más le ha impactado de la actividad?
Respuesta abierta.
4. ¿Cómo se ha sentido?
Respuesta abierta.
5. ¿Cree que actividades como esta se deberían hacer en otros contextos?
 - Si.
 - No.
 - No lo sé.

Anexo VI. Cuestionario de la Actividad 3

Cuestionario inicial.

1. ¿Cómo describiría su capacidad actual para organizar sus tareas cumpliendo con los plazos?
 - Muy mala.
 - Mala.
 - Regular.
 - Buena.
 - Muy buena.
2. ¿Con qué frecuencia se siente abrumado por la cantidad de tareas que tiene que realizar?
 - Nunca.
 - Rara vez.
 - A veces.
 - Frecuentemente.
 - Siempre.
3. ¿Utiliza alguna herramienta para organizarse? Si es así, ¿cuál?
Respuesta abierta.
4. ¿Qué dificultades encuentra a la hora de priorizar sus tareas?
Respuesta abierta.
5. ¿Cómo se siente respecto a su gestión del tiempo?
Respuesta abierta.

Cuestionario final.

1. ¿Considera que esta actividad le ha ayudado a comprender mejor cómo organizar sus tareas?
 - Si.
 - No.
 - No lo sé.

2. ¿Cree que el jardín de las tareas es algo útil para gestionarse?
 - Si.
 - No.
 - No lo sé.
3. ¿Ha notado cambio en su capacidad para priorizar y organizar sus tareas después de esta actividad? Si es así, ¿cuál?
Respuesta abierta.
4. ¿Qué aspectos de la actividad le han resultado más útil?
Respuesta abierta.
5. ¿Qué cambios o mejoras introduciría?

Anexo VII. Cuestionario de satisfacción de la Actividad 4

1. ¿En qué medida considera que la actividad le ha ayudado a identificar sus fortalezas? (1-10, donde 1 indica “nada en absoluto satisfecho” y 10 indica “completamente satisfecho”)
2. ¿Cree que esta actividad ha ayudado a mejorar su autoestima? (1-10)
3. ¿Considera que el ejercicio de compartir fortalezas con el resto de las personas le ha beneficiado? (1-10)
4. ¿Los consejos que ha recibido sobre cómo superar las debilidades le han resultado útiles? (1-10)
5. ¿Cree que esta actividad ha creado un ambiente positivo y de apoyo dentro del grupo? (1-10)

Anexo VIII. Cuestionario de la Actividad 6

1. ¿Considera que el tiempo ahí dentro le ha ayudado a relajarse? (1-4, donde una puntuación de 1 indica “En desacuerdo” y el 4 indica “Completamente de acuerdo”)
2. ¿Ha sentido esta “cabina” como un espacio seguro para expresar sus sentimientos y emociones? (1-4)
3. ¿Cree que le ha ayudado a mejorar su concentración? (1-4)

Anexo IX. Cuestionario de la Actividad 7

1. ¿Considera que la aplicación le ha ayudado? (1-4)
2. ¿Cree que es una herramienta útil para gestionar los síntomas? (1-4)
3. ¿Le ha servido para sentirse más comprendido al tratar con otras personas con el mismo trastorno? (1-4)
4. ¿Es fácil de usar? (1-4)
5. ¿La recomendaría? (1-4)

Anexo X. Encuesta de satisfacción de la Actividad 8

1. ¿Cree que esta actividad le ha ayudado a reconocer la importancia del autocuidado? (1-4)
2. ¿Le han resultado útiles las técnicas de relajación para sentirse más tranquilo/a? (1-4)
3. ¿Cree que el taller le ha proporcionado técnicas para mejorar su día a día? (1-4)
4. ¿Considera que le ha venido bien compartir sus experiencias con otras personas en la misma situación? (1-4)
5. ¿Esta actividad ha contribuido a mejorar su autoestima y forma de ver las cosas? (1-4)
6. ¿La recomendaría a otros cuidadores? (1-4)