



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA  
GENERAL SANITARIA**

Curso 2019-2020



Trabajo Fin de Máster *Hernández*

**“Variables de Salud mental y percepción del  
entorno en familiares de afectados por  
Trastorno Obsesivo Compulsivo.”**

Autora: Agostina Fernández Molina  
Tutora: Dra. Olga Pellicer Porcar

*Convocatoria:* febrero 2020

**Resumen:**

En los últimos años ha tenido lugar un aumento en el número de asociaciones de personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) donde se llevan a cabo Grupos de Ayuda Mutua para familiares de afectados, teniéndolos en cuenta por ser un factor importante en el proceso de recuperación de las personas que sufren dicho trastorno y por la gran repercusión que puede llegar a tener en la familia la presencia de problemas de salud mental. La presente investigación consiste en un diseño descriptivo transversal, que estudia diversas variables de la salud mental de los familiares de pacientes con TOC, así como la percepción que tienen de su entorno próximo.

Los sujetos de estudio son población no clínica, asistentes al nuevo Grupo de Ayuda Mutua para familiares de Afectados por TOC, organizado por TOC Levante (Alicante).

Los resultados reflejan que la principal dificultad en esta población es en relación a la percepción del entorno próximo (disfunción familiar y apoyo social percibido como deficiente), así como la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y la baja autoestima. La sintomatología ansioso-depresiva tiene una influencia relevante en la variable de salud general de la muestra. Todas estas variables pueden llegar a convertirse en factores de mantenimiento unas de otras por la forma en que correlacionan. Por tanto, acudir a un recurso externo como el GAM puede tener como consecuencia una mejora en estas variables, lo que significaría una mejora progresiva en la percepción de su entorno y salud mental en general.

**Abstract:**

In recent years, there has been an increase in the number of associations of people with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) where Mutual Aid Groups are held for relatives of those affected, taking them into account as an important factor in the recovery process of people who suffer from this disorder and because of the great impact that the presence of mental health problems may have on the family. The present investigation consists of a transversal descriptive design, which studies various variables of the mental health of the relatives of patients with OCD, as well as their perception of their immediate surroundings.

The study subjects are non-clinical population, attending the new Mutual Assistance Group for relatives of people affected by TOC, organized by TOC Levante (Alicante).

The results that affect the main difficulty in this population are in relation to the perception of the immediate environment (family dysfunction and perceived social support as deficient), as well as the presence of anxiety-depressive symptoms and low self-esteem. Anxious-depressive symptomatology has a relevant influence on the general health variable of the sample. All these variables can become maintenance factors of each other by the way they correlate. Therefore, going to an external resource such as GAM can result in an improvement in these variables, which means a progressive improvement in the perception of their environment and mental health in general.

## 1. INTRODUCCIÓN:

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante, TOC) se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones que consumen tiempo, son estresantes y/o interfieren con las rutinas, las relaciones interpersonales o el funcionamiento cotidiano. Las obsesiones constituyen ideas, impulsos, imágenes o pensamientos egodistónicos intrusivos y repetitivos que se introducen en la mente de la persona y provocan una miedo, duda, preocupación o ansiedad excesivas. Las compulsiones son conductas repetitivas (mentales o motoras) que se realizan como respuesta a las obsesiones para aliviar o evitar las emociones que las acompañan. Con frecuencia pretenden impedir o evitar mágicamente algún acontecimiento temido tal como la muerte o la enfermedad, ya sea de ellos o de algún ser querido. En la actualidad los principales estudios estiman una tasa de prevalencia es de un 2,5-3% (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997).

La familia juega un papel importante en el tratamiento del TOC y su recuperación. El estrés y las disfunciones familiares, aunque no son una causa del TOC, pueden influir en el estado del afectado y en la frecuencia e intensidad de sus síntomas (March y Mulle, 1998). De un modo similar, dicho trastorno, dentro del núcleo familiar puede contribuir a la desorganización, la discordia y a graves malentendidos que finalmente pueden dar lugar a problemas familiares más graves y problemas de salud (Yaryura-Tobias y Neziroglu, 1997).

Por ello, se considera que el afrontamiento del TOC dentro de la unidad familiar se encuentra en gran medida determinado por la capacidad de cada uno de los miembros de la familia para enfrentarse al malestar, a la confusión frecuente y a las emociones conflictivas que puedan surgir. El TOC puede exigir tanto de los recursos emocionales de la familia que, en ocasiones, sus miembros pueden abrumarse y

exhibir actitudes o conductas destructivas para la persona afectada por el trastorno. Algunas de estas conductas pueden ser: ridiculizar, la desatención, la hostilidad total o incluso entrar dentro de las dinámicas de compulsión de su familiar, lo cual es especialmente contraproducente para el proceso de recuperación (Hyman y Pedrick, 2003).

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales, familiares, emocionales y personales a quienes lo padecen y en su entorno cercano. Especialmente, las familias deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional de cuidar al familiar afectado, apoyarlo económicamente si no trabaja, cubrir los costos de los tratamientos, terapias, medicamentos, etc. Las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado pueden tener como consecuencia problemas emocionales en los familiares del paciente (como la depresión, ansiedad e incluso abuso del alcohol); la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad sobre la familia por tener un enfermo mental en el hogar, e incluso el desgaste emocional en casos en que la discriminación intrafamiliar agrava la percepción de disfunción familiar y de bajo apoyo social. (Valencia, 2007).

Se han documentado diversos tipos de impacto en las familias de personas con algún trastorno mental, como, por ejemplo, trastornos del sueño, alteraciones de sus relaciones interpersonales, empobrecimiento de su bienestar y de su calidad de vida. Es frecuente que se produzca un nivel semejante de aislamiento y exclusión social al que viven los pacientes (Struening et al., 2001; Wong et al., 2009; Tantawy, Raya y Zaki, 2010; Tapia, Castro, Poblete, y Soza, 2015) Es por este motivo que en los últimos años han surgido diversas Asociaciones de TOC a lo largo de la geografía española en las que, no solo se ofrecen terapias especializadas, diversos talleres grupales y Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para afectados de TOC, también, se ofrecen GAM para los familiares de

los afectados por TOC, debido a los motivos anteriormente mencionados (afectación de la familia) y la importancia de la familia dentro del proceso de recuperación de los afectados.

Un *Grupo de Ayuda Mutua* (GAM) consiste en un espacio en el cual diversas personas que comparten un mismo problema o dificultad se reúnen para intentar superar o mejorar su situación. Se ofrece específicamente el GAM porque se considera una herramienta idónea por sus características y objetivos para disminuir las repercusiones de tener un familiar con trastorno mental.

Los GAM cumplen una serie de *características*: los asistentes comparten experiencias y/o necesidades, la participación es totalmente voluntaria, los encuentros se hacen de manera periódica, han de estar formados por un grupo reducido de personas, no hay diferencias de rol o estatus entre los miembros. Solo hay un profesional, que suele ser un psicólogo, cuya función es supervisar la dinámica y realizar intervenciones puntuales en caso de ser necesario para aclarar cuestiones psicoeducativas (Sampietro y Carbonell, 2014).

Los *objetivos generales* de los GAM para familiares son:

- ✓ Reducir la carga emocional a través de momentos para compartir experiencias y encontrar apoyo.
- ✓ Ofrecer un espacio donde los familiares son los protagonistas. Las reuniones no solo estarán basadas en las experiencias con el trastorno mental de su ser querido, si no de aspectos propios del familiar como persona.
- ✓ Fomento del aprendizaje mutuo, se refuerza la cohesión y el sentimiento de apoyo. Facilitar un apoyo psicológico y emocional a los miembros del grupo.

✓ Rehacer y potenciar las relaciones sociales, mejorando la calidad y extensión de su red social rompiendo el aislamiento y el estigma en la familia.

✓ Creación de una red de apoyo, donde debatir y compartir temas y dudas relacionadas con la salud mental. Informar sobre los recursos existentes, sobre la problemática en sí, sobre posibles actividades... Se trata de que el grupo tome conciencia de los recursos y dificultades con los que cuenta.

(Sampietro y Carbonell, 2014).

Sin embargo, pese a todo este movimiento que ha surgido en los últimos años, donde se han creado nuevas Asociaciones de TOC, copiando el modelo de la pionera Asociación TOC Granada para una intervención integral intensiva del TOC donde se incluye a la familia, no hay estudios específicos que registren el estado de salud mental en el cual estos familiares comienzan la asistencia a los GAM, ni que avalen la eficacia de estos GAM para familiares de afectados por TOC. Es por este motivo, que se lleva a cabo este proyecto de Trabajo de Fin de Máster (TFM).

## **A. Objetivos e hipótesis:**

### *Objetivo general:*

Conocer cómo perciben su entorno próximo los familiares de afectados por TOC y algunas variables relacionadas con su salud mental.

### *Hipótesis general:*

Los familiares de afectados por TOC perciben de forma menos saludable su entorno próximo y tienen una peor salud mental que la población general.

*Objetivos específicos:*

Valorar la presencia de sintomatología ansioso-depresiva.

Conocer la percepción que tiene este colectivo entorno al “apoyo social percibido”.

Analizar cómo se percibe la función familiar.

Averiguar si la autoestima se ve afectada.

*Hipótesis específicas:*

Los participantes presentan mayor sintomatología ansioso-depresiva que la población general.

El apoyo social percibido de la muestra es bajo.

La mayoría de los familiares de afectados por TOC no están satisfechos con la función familiar.

La autoestima de la muestra es más baja que en la población general.

## 2. MÉTODO:

### A. Diseño:

El trabajo consiste en un *Diseño descriptivo transversal*, que pretende analizar algunas variables de salud mental, ansiedad, depresión, apoyo social y autoestima y la percepción que tienen de su entorno próximo los familiares de afectados por TOC.

La investigación se enmarca en un proyecto más amplio, “Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por Trastorno Obsesivo Compulsivo”, que consiste en un *Diseño de Estudio cuasi-experimental con medidas repetidas* en el que se pretende analizar los efectos de la asistencia regular a un GAM para familiares de



afectados por TOC. Puesto que este diseño requiere de la aplicación de una intervención (GAM) y un seguimiento a medio-largo plazo, se presenta únicamente el planteamiento de la investigación y la evaluación inicial de los participantes (pretest), que permite conocer las medidas basales de los participantes que comienzan su asistencia al GAM. La información de dicha investigación se amplía en el Anexo 1.

Los análisis estadísticos que se realizan con los resultados pretest constan de estadísticos descriptivos como media, mediana, desviación típica, porcentajes, así como el estudio de correlación entre variables mediante el coeficiente de correlación de Pearson y diferencias de media para una muestra con la t de Student, se asume un nivel de significación de  $\leq 0.05$

## **B. Participantes:**

Los sujetos de estudio son población no clínica, asistentes de forma voluntaria al Grupo de Ayuda Mutua para familiares de Afectados por TOC, organizado por TOC Levante (Alicante). La muestra está formada por 16 sujetos: 6 hombres y 10 mujeres, con edades comprendidas entre los 32 y los 78 años. 12 de los sujetos son familiares de primer grado de los afectados por TOC (7 madres y 5 padres) y 4 son familiares de segundo grado (2 abuelas, 1 hermano y 1 hermana). Existe diversidad en cuanto al tiempo que llevan conviviendo con el familiar afectado, siendo un abanico muy amplio que oscila entre los 3 y los 40 años y acuden desde múltiples puntos de la provincia de Alicante.

- Criterios de *inclusión*: mayoría de edad, ser familiar de primer y segundo grado del afectado de TOC o pareja estable con convivencia, sin diagnóstico actual de problemas de salud mental.

- Criterios de *exclusión*: ser menor de edad, no ser familiar de afectado por TOC (a veces también acuden amigos cercanos), estar actualmente diagnosticado de problemas de salud mental.

### C. Variables e Instrumentos:

Según la Guía de grupos de ayuda mutua del Servicio de Salud de Castilla la Mancha, los instrumentos recomendados para evaluar a los participantes al inicio de los GAM son 6: B.A.I. (Ansiedad de Beck), Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28), B.D.I. (Depresión de Beck), Autoestima de Rosenberg, Cuestionario de apoyo social percibido Duke Unc, y Cuestionario de Apgar familiar. Los cuales se describen de forma detallada a continuación:

- *El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* publicado en 1996, es un autoinforme de lápiz y papel con 21 ítems de respuesta múltiple (tipo Likert). Ha sido ampliamente utilizado para medir la sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento autoaplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación. Las buenas propiedades psicométricas de la prueba avalan su uso en la población española para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. El tiempo estimado de aplicación de la prueba es de entre 5-10 minutos. Sus puntuaciones presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna (Alpha de Cronbach .83) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003).

- *El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*, publicado en 1988, es un autoinforme de lápiz y papel con 21 ítems de respuesta múltiple (tipo Likert), muy útil para valorar los síntomas fisiológicos, cognitivos y emocionales de la ansiedad. El BAI se ha diseñado específicamente para medir la ansiedad. Mientras que varios estudios han demostrado que varias medidas de la ansiedad están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, el BAI se muestra menos contaminado por el contenido depresivo. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. La principal estrategia para interpretar una puntuación consiste en su comparación con los 3 puntos de corte que el Manual ofrece y en la obtención de la categoría de gravedad (“Mínima”, “Leve”, “Moderada” y “Grave”) que le corresponde. Tiempo estimado para la aplicación de la prueba es de entre 5-10 minutos. Muestra una excelente fiabilidad, estimada a través de consistencia interna (Alpha de Cronbach entre .80 y .85) (Sanz y Navarro, 2003; Sanz, García-Vera y Fortún, 2012; Sanz, 2014).
- *El Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC*, fue diseñado por Broadhead en 1988. Su objetivo es medir el “apoyo social funcional percibido”, es decir, recoge la opinión acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. La calidad del apoyo social ha demostrado ser un buen predictor de la salud mental y el bienestar (Roure, Reig-Ferrer y Vidal, 2002). El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigado en la actualidad y con resultados más positivos, para aumentar la resistencia de las personas ante las transiciones de la

vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, sobre todo, las de carácter crónico (Feldman et al., 2008). En el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC, el apoyo social percibido lo conforman dos dimensiones:

- ✓ Apoyo confidencial, que hace referencia a la disposición de información, consejo o guía o personas con quien compartir problemas.
- ✓ Apoyo afectivo, que se refiere al amor, cariño, estima, simpatía y pertenencia a grupos.

Este cuestionario explora los aspectos cualitativos o funcionales del apoyo social. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 11 ítems. Cada epígrafe admite 5 posibles respuestas en una escala tipo Likert. El análisis factorial original demuestra la existencia de dos dimensiones: apoyo confidencial (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9, y 10) y apoyo afectivo (ítems 3,4,5 y 11). La puntuación obtenida, que oscila entre 11 y 55, es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta mayor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación  $\leq 32$ , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo). Presenta buenos índices de fiabilidad, con una consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach de .90) (Cuéllar-Flores y Dresch, 2012).

- *El cuestionario APGAR Familiar* fue diseñado en 1978 por Smilkstein, es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global (Suarez y Alcalá, 2014). El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutiva (resolve). En este caso se

utilizará la versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, la cual se recomienda aplicar en investigación. Se enfoca a población adulta con un tiempo de administración de entre 5 – 10 minutos. En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach .84) (Peñaranda, et al., 2009; Suarez y Alcalá, 2014). Según Suarez y Alcalá (2014), la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes y el uso de este instrumento se recomienda en la presencia de alguno de los siguientes criterios, de los que al menos uno es cumplido por la muestra:

- Son familiares de pacientes polisintomáticos, en los cuales se percibe un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos.
- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Dichos criterios, se cumplen y son habituales en los familiares de afectados por TOC ya que sus familiares padecen un trastorno de tipo ansioso (TOC), que presenta una alta comorbilidad con depresión, son un grupo familiar, son

cuidadores de estos afectados por TOC que requieren de constante ayuda y cuidados en su vida diaria debido a que muchos de ellos se encuentran limitados en sus actividades por las obsesiones y compulsiones, la respuesta a los tratamientos recomendados (tanto psicológico como farmacológico) es lenta y no siempre eficaz, se desarrollan situaciones problemáticas en el hogar, distribución de roles inadecuados, etc.

- *Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)*: El objetivo de GHQ-28 es valorar de manera rápida aspectos generales de síntomas y funcionamiento. Ha sido utilizado tanto en pacientes con patología psiquiátrica, en población general y frecuentemente en investigaciones con cuidadores (Ramírez, del Río, Russell y López, 2008; Ferré et al., 2012; Paineplán y Kühne, 2012; Martín, Domínguez, Muñoz, González y Ballesteros, 2013). El GHQ-28 es un cuestionario autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. El tiempo de administración es de entre 5 – 10 minutos. El paciente debe escoger una respuesta y es esencial que se limite a su situación en las últimas semanas, no en el pasado. Los datos disponibles han mostrado una fiabilidad elevada test-retest ( $r= 0.90$ ) (Retolaza et al., 1993; de la Revilla, De los Ríos y del Castillo, 2004).
- *Cuestionario de Autoestima de Rosenberg*: es un cuestionario autoadministrado para explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La autoestima supone una evaluación global de la consideración positiva o negativa de uno mismo. Es sólo un componente

del más amplio concepto de sí mismo, que Rosenberg define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto.” Es necesario tener en cuenta que la autoestima es generalmente una característica estable en los adultos, por lo que no es fácil modificar (Vázquez-Morejón et al., 2004). La baja autoestima se relaciona con la depresión y las conductas de riesgo, mientras que la autoestima alta suele conllevar un mayor bienestar psicológico. La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. El tiempo necesario para administración es de entre 5 – 10 minutos. La fiabilidad test-retest es de entre .82 y .88, y el coeficiente alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna, se sitúa entre .76 y .88. La validez de criterio es de .55 (Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez, 2004).

#### **D. Procedimiento:**

Se accede a la muestra a través de la Asociación TOC Levante (Alicante), que inicia el 4 de noviembre de 2019 la primera reunión del Grupo de Ayuda Mutua exclusivo para familiares de afectados por TOC. Este grupo se lleva a cabo en la “Casa de las Asociaciones” en San Vicente del Raspeig y tiene lugar los lunes a las 19hs de forma quincenal, con una duración de hora y media cada reunión.

Antes de iniciar el proyecto, se cumplimentan todos los formularios requeridos por la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández (UMH), siguiendo las pautas indicadas para asegurar la garantía ética del trabajo. El resguardo de dicha solicitud se encuentra en el Anexo 2. Con la aprobación de las fundadoras de la Asociación y de los participantes del GAM para familiares de afectados por TOC, se lleva a cabo una explicación exhaustiva del proyecto de

investigación del TFM. En esta explicación se expone el objetivo del proyecto y se incluyen todos los aspectos que se reflejan por escrito en la “Hoja de consentimiento informado” (Anexo 3), en la “Hoja de información al participante” (Anexo 4) y una explicación detallada de las pruebas que se entregarán para cumplimentar de forma autónoma a aquellas personas que deseen participar. Se hace hincapié en que la participación es voluntaria, en que la información que provenga de sus cuestionarios es confidencial, los cuestionarios están anonimizados para que un vez cumplimentados y separados de la hora de consentimiento no se pueda identificar el sujeto que los ha cumplimentado y que si lo desean al finalizar el proyecto se les puede devolver una explicación de los resultados encontrados.

### **3. RESULTADOS:**

A continuación, se explica de forma exhaustiva los resultados obtenidos en función de los objetivos específicos anteriormente expuestos.

#### **A. Conocer cómo perciben su entorno próximo y algunas variables que afectan a su salud mental general. *Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)***

En la Tabla 1 (Anexo 5), quedan reflejados de forma minuciosa todos los resultados obtenidos de este cuestionario. Se utiliza el tipo de corrección CGHQ, la cual está recomendada para aquellos casos en los que el problema es crónico. Debido a que para los participantes del GAM, el TOC es un trastorno que está presente en sus familias desde hace muchos años (entre 3 y 40 años) y por tanto sus repercusiones también. Las puntuaciones se clasifican en:

- ✓ Caso: presenta una dificultad en alguna/s de las subescalas de salud general.
- ✓ No caso: sus puntuaciones no reflejan dificultades en ninguna subescala.



Tal y como observamos en la Figura 1, la sintomatología predominante se encuentra en la subcategoría C: disfunción social (57%), seguida de B: ansiedad e insomnio (33%), de A: síntomas somáticos (5%) y de D: depresión grave (5%).

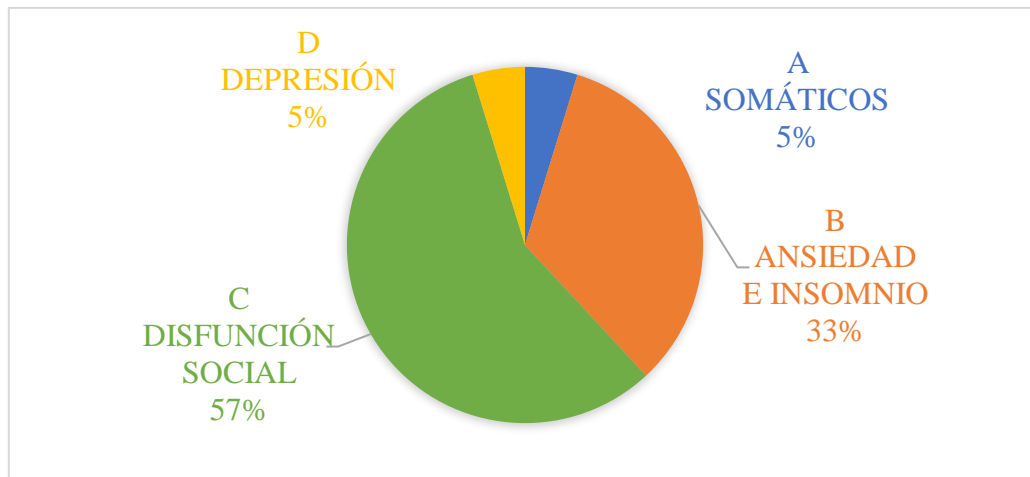


Figura 1. Sintomatología predominante según el cuestionario GHQ-28.

Este cuestionario mide variables que otros instrumentos utilizados miden de forma específica (BDI-II depresión, BAI ansiedad, APGAR familiar y Apoyo social percibido de Duke Unc. Disfunción sociofamiliar), lo cual, permite tener mayor evidencia en cuanto a la sintomatología ansioso-depresiva y la percepción de su entorno cercano.

**B. Valorar la presencia de sintomatología ansioso-depresiva.** *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

**a. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

En la Tabla 2, encontramos cada una de las puntuaciones obtenidas por los participantes y la clasificación de dichas puntuaciones en una interpretación que va desde una mínima sintomatología depresiva hasta una grave sintomatología depresiva. La categoría de “mínima depresión” se interpreta como que no presenta sintomatología depresiva relevante.

Tabla 2

*Resultados pretest Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*

PARTICIPANTES	PUNTUACIONES	INTERPRETACIÓN
1	1	mínima depresión
2	15	depresión leve
3	30	depresión grave
4	10	mínima depresión
5	19	depresión leve
6	20	depresión moderada
7	12	mínima depresión
8	8	mínima depresión
9	29	depresión grave
10	40	depresión grave
11	9	mínima depresión
12	8	mínima depresión
13	21	depresión moderada
14	24	depresión moderada
15	8	mínima depresión
16	5	mínima depresión
MEDIA = 16.19		
MEDIANA = 13.5		DT = 10.63
Población general:		MEDIA = 9.4 DT = 7.7
t = 2.554		Sig.= 0.022

Nota: Datos de la población general extraídos de Sanz, Perdigón y Vázquez, (2003).

En la Figura 2 se observa que un 50% de los participantes presenta sintomatología depresiva de diversas intensidades, siendo el 38% de una intensidad entre moderada y grave.

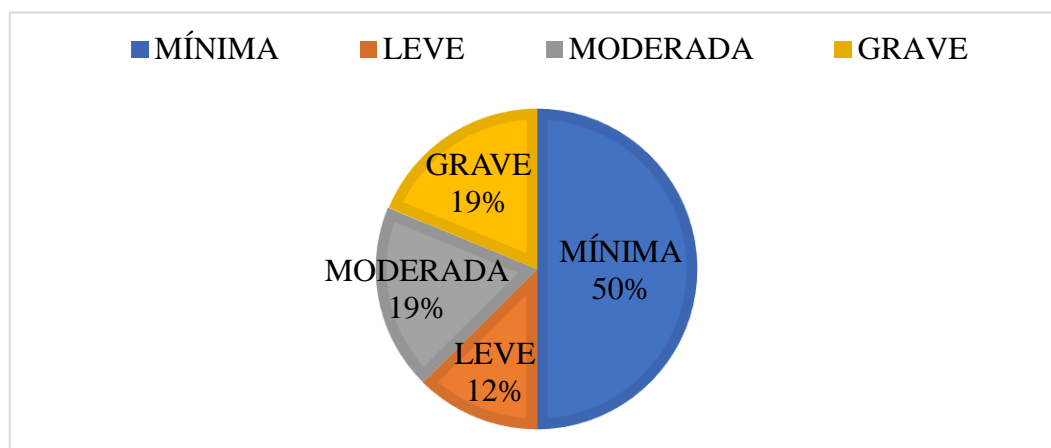


Figura 2. Porcentajes de presencia y grado de sintomatología depresiva según el BDI-

II.

Al estudiar la diferencia de medias entre la muestra del presente estudio y la media poblacional se observa una diferencia significativa ( $t = 2.554$ ;  $p = 0.022$ ), presentando la muestra a estudio un nivel de sintomatología depresiva mayor al esperado en la población general.

### b. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En la Tabla 3, se reflejan los resultados obtenidos de los participantes en la prueba BAI junto con sus respectivas interpretaciones, de nivel mínimo de ansiedad a nivel grave de ansiedad.

Tabla 3

*Resultados pretest Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

PARTICIPANTES	PUNTUACIONES	INTERPRETACIÓN
1	0	nivel mínimo de ansiedad
2	4	nivel mínimo de ansiedad
3	23	Nivel moderado de ansiedad
4	5	nivel mínimo de ansiedad
5	2	nivel mínimo de ansiedad
6	26	Nivel grave de ansiedad
7	18	Nivel moderado de ansiedad
8	3	nivel mínimo de ansiedad
9	22	Nivel moderado de ansiedad
10	31	Nivel grave de ansiedad
11	6	nivel mínimo de ansiedad
12	19	Nivel moderado de ansiedad
13	24	Nivel moderado de ansiedad
14	14	Leve ansiedad
15	8	Leve ansiedad
16	4	nivel mínimo de ansiedad
MEDIA= 13.06		
MEDIANA = 11		DT = 10.16
Población general:	MEDIA = 10.12	DT = 9.58
t = 1.159	Sig.= 0.265	

Nota: Datos de la población general extraídos de Beck y Steer (2011).

En la figura 3 se observa que un 56% de los participantes presenta algún tipo de sintomatología ansiosa, siendo el 44% de una intensidad entre moderada y grave.

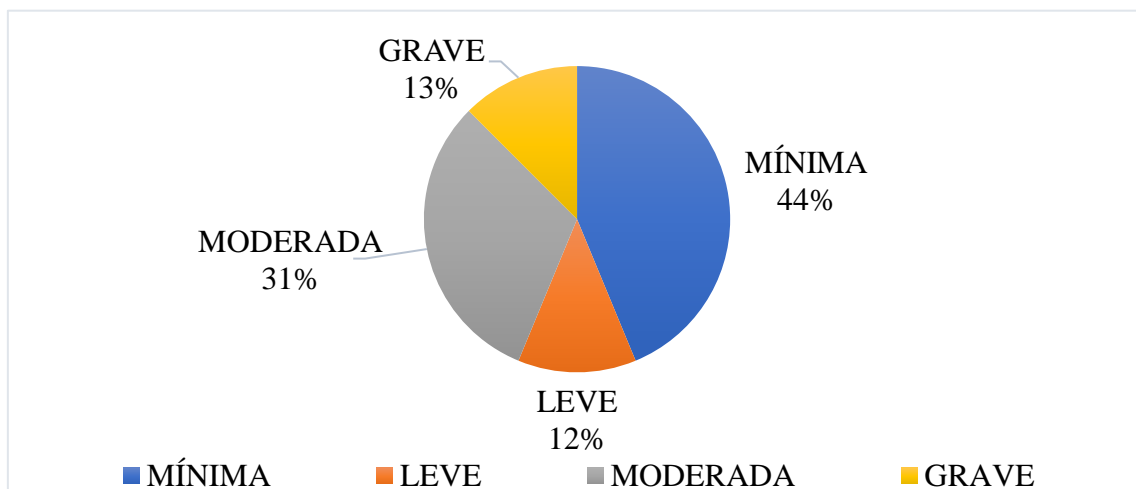


Figura 3. Porcentajes de presencia y grado de sintomatología ansiosa según el BAI.

Al estudiar la diferencia de medias entre la muestra del presente estudio y la media poblacional no se observa una diferencia significativa ( $t = 1.159$ ;  $p = 0.265$ ), pese a que la muestra presenta un nivel de sintomatología ansiosa mayor que en la población general.

**c. Conocer la percepción que tiene este colectivo entorno al “apoyo social percibido”. El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC**

En la Tabla 4 se observa que, por lo general, cuando el apoyo social percibido es bajo, lo es tanto en el apoyo confidencial como en el afectivo. Podemos encontrar 2 excepciones:

- El participante 3, presenta un apoyo social percibido calificado como bajo. Sin embargo, es el apoyo afectivo el que se percibe como afectado de forma negativa porque el apoyo confidencial se encuentra dentro de los valores normales.

- El participante 4, presenta un apoyo social percibido calificado como dentro de los valores normales, pero con la peculiaridad de que el apoyo confidencial tiene puntuaciones consideradas por debajo de lo normal.

Tabla 4

*Resultados pretest del Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC*

PARTICIPANTES	PUNTUACIONES PRETEST	Apoyo confidencial	Apoyo afectivo	APOYO SOCIAL PERCIBIDO
1	48	23	25	normal
2	45	19	26	normal
3	29	17	12	bajo*
4	42	14	28	normal*
5	40	21	19	normal
6	42	17	25	normal
7	44	20	24	normal
8	39	17	22	normal
9	23	12	11	Bajo
10	17	10	7	Bajo
11	45	18	27	normal
12	39	18	21	normal
13	23	11	12	Bajo
14	24	11	13	Bajo
15	20	9	11	Bajo
16	40	17	23	normal
MEDIA = 35				
MEDIANA = 39.5			DT = 10.41	
CUIDADORES		Media = 39.78		DT = 10.36
t = 1.503		Sig.= 0.154		

\*Nota: Presenta una baja percepción de apoyo en una sola de las dimensiones de apoyo (confidencial o afectivo). Datos de los cuidadores extraídos de la validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras de Cuéllar y Dresch, (2012).

Al estudiar la diferencia de medias entre la muestra del presente estudio y la media de cuidadores no se observa una diferencia significativa ( $t = 1.503$ ;  $p = 0.154$ ), pese a que la muestra presenta una percepción de apoyo social más bajo que en personas cuidadoras.

El 38% de los participantes tienen una percepción baja de apoyo social, como se muestra en la Figura 4. Encontrando este mismo porcentaje de afectación en ambas dimensiones.

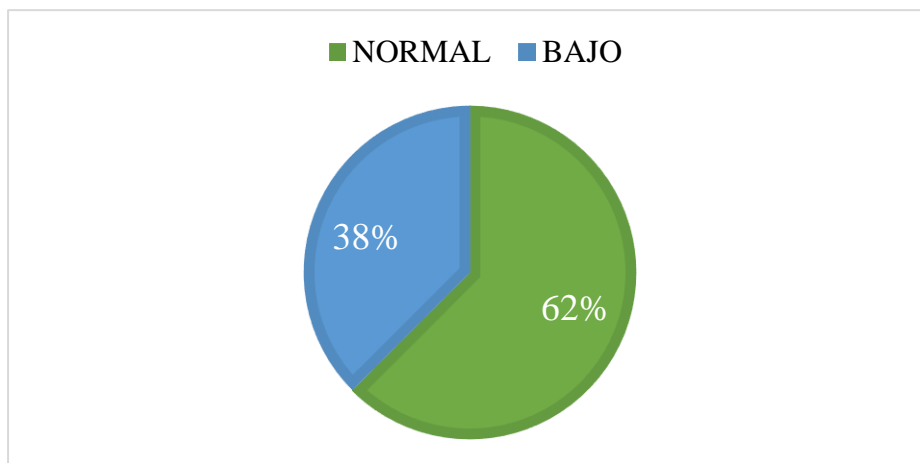


Figura 4. *Porcentaje de apoyo social percibido según el cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC.*

### **C. Analizar si la función familiar se percibe como disfuncional.**

#### *Cuestionario APGAR Familiar*

Los resultados pretest muestran, como se expone en la Tabla 5, que nos encontramos con una muestra que tiende a presentar una percepción disfuncional de su unidad familiar. Dichas puntuaciones se han interpretado dentro de una clasificación que va desde una percepción normal o satisfactoria del funcionamiento de la unidad familiar, a una percepción insatisfactoria o disfunción severa de dicho funcionamiento.

Tabla 5

*Resultados pretest del Cuestionario APGAR Familiar*

PARTICIPANTES	PUNTUACIONES PRETEST	INTERPRETACIÓN
1	19	Normal
2	14	Disfunción leve
3	13	Disfunción leve
4	12	Disfunción moderada
5	17	Normal
6	14	Disfunción leve
7	16	Disfunción leve
8	13	Disfunción leve
9	4	Disfunción severa
10	4	Disfunción severa
11	10	Disfunción moderada
12	16	Disfunción leve
13	5	Disfunción severa
14	8	Disfunción severa
15	8	Disfunción severa
16	15	Disfunción leve
MEDIA = 11.75		
MEDIANA = 13		DT = 4.74

En la Figura 5, se observa cómo el 88% de los participantes se encuentra insatisfecho con el funcionamiento de su familia, percibiendo una disfuncionalidad en ella, siendo el 44% de tipo moderada o severa.

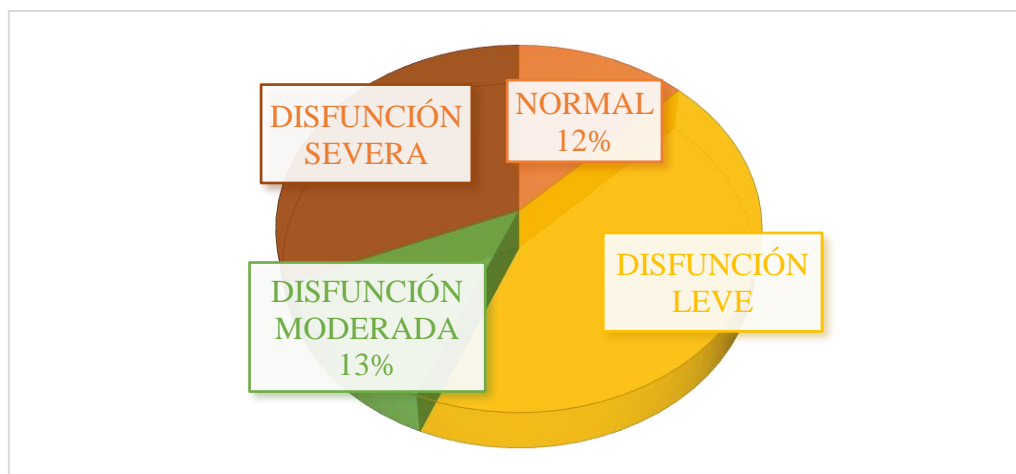


Figura 5. *Porcentaje de funcionalidad familiar percibida según el Cuestionario APGAR Familiar.*

Dichos resultados nos indican que el nivel de satisfacción dentro de la funcionalidad familiar es, por lo general, bajo.

**D. Averiguar si la autoestima se ve afectada.** *Cuestionario de Autoestima de Rosenberg*

En la Tabla 6, se observan cada una de las puntuaciones pretest de la escala de autoestima, que se encuentran clasificadas en alta, media y baja autoestima.

Tabla 6

*Resultados pretest del Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.*

PARTICIPANTES	PUNTUACIONES PRETEST	INTERPRETACIÓN
1	38	Autoestima alta
2	30	Autoestima alta
3	29	Autoestima media
4	31	Autoestima alta
5	37	Autoestima alta
6	29	Autoestima media
7	34	Autoestima alta
8	29	Autoestima media
9	22	Autoestima baja
10	15	Autoestima baja
11	29	Autoestima media
12	29	Autoestima media
13	24	Autoestima baja
14	24	Autoestima baja
15	19	Autoestima baja
16	40	Autoestima alta
MEDIA = 28.69		
MEDIANA = 29		DT = 6.78
Población general:		MEDIA = 31.09 DT = 4.89
t = -1.417		Sig.= 0.177

Notas: Datos de la población general extraídos de las Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra española de Tomás y Limonero, (2008).



De una forma más visual, en la figura 6, podemos observar que un 31% de los participantes presenta una autoestima baja, dicha interpretación refleja que existen problemas significativos en la autoestima de estos participantes. Un 31% de los participantes presenta una autoestima que se interpreta como una puntuación media, que significa que no presenta serios problemas, pero sería conveniente mejorarla.

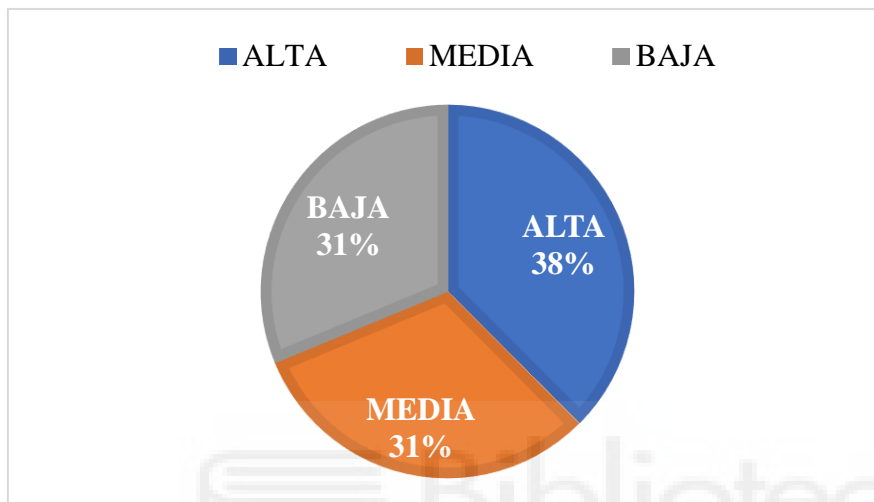


Figura 6. Porcentaje de niveles de autoestima según el Cuestionario de Autoestima de Rosenberg.

Al estudiar la diferencia de medias entre la muestra del presente estudio y la media poblacional no se observa una diferencia significativa ( $t = -1.417$ ;  $p = 0.177$ ), pese a que la muestra presenta una autoestima más baja que en la población general.

#### **E. Coeficientes de correlación de Pearson.**

A continuación, en la Tabla 8 se exponen los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables estudiadas con sus respectivos niveles de significación.

Tabla 8

*Coefficientes de correlación de Pearson y nivel de significación.*

	BDI-II	BAI	APOYO SOCIAL	APGAR FAMILIAR	AUTOESTIMA	CGHQ
BDI-II	1	.755**	-.681**	-.629**	-.625**	.640**
BAI	.755**	1	-.584*	-.531*	-.609*	.848**
APOYO SOCIAL	-.681**	-.584*	1	.842**	.834**	-.412
APGAR FAMILIAR	-.629**	-.531*	.842**	1	.871**	-.408
AUTOESTIMA	-.625**	-.609*	.834**	.871**	1	-.417
CGHQ	.640**	.848**	-.412	-.408	-.417	1

Notas: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01

\*. La correlación es significativa al nivel 0.05

#### 4. DISCUSIÓN:

Según el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), el 93.75% de la muestra presenta alguna dificultad de salud general; siendo predominante la disfunción social, seguida de la sintomatología ansiosa, síntomas de depresión y síntomas somáticos.

El TOC es un trastorno que afecta especialmente al núcleo familiar, es considerado crónico pese a que puede tener episodios asintomáticos. Los afectados necesitan de la colaboración de sus familiares para realizar algunas actividades de la vida cotidiana debido a que sus obsesiones y/o compulsiones les impiden llevarlas a cabo. En cualquier familia, las fases del ciclo de vida familiar suponen nuevos y diferentes roles que, de no asumirse, pueden generar conflictos y con el tiempo incluso llegar a complicarse con problemas de salud mental para los familiares del afectado. Que el trastorno sea de larga evolución y comúnmente con un inicio aproximado en la adolescencia, incrementa la posibilidad de que se desarrollen disfuncionalidad de los roles y de las dinámicas familiares. Además, pueden tener

una escasa respuesta al tratamiento farmacológico y/o al tratamiento psicológico, lo cual favorece que las relaciones disfuncionales permanezcan en el tiempo y se cronifiquen (Soriano-Fuentes, de la Torre-Rodríguez y Soriano-Fuentes, 2003).

Las fuentes de apoyo más básicas y tradicionales se encuentran en el entorno próximo y están constituidas por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo (Marin, Pastor y Roig, 1993). Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas de la persona a través de la interacción con otros (Fernández et al., 2001; Roure et al., 2002). Dicha satisfacción resulta complicada de alcanzar al verse convertidos en cuidadores informales del afectado de TOC, realizando tareas que se caracterizan por la invisibilidad y el escaso reconocimiento social (Masanet y La Parra, 2011). Los resultados de la muestra informan que la mayoría de los sujetos se encuentran insatisfechos con el funcionamiento de su núcleo familiar, la mitad de ellos en una intensidad elevada. La disfunción familiar presenta una alta correlación positiva con la percepción de apoyo social bajo ( $r = 0.842$   $p < .01$ ), que se percibe en gran medida como insuficiente. Además, los resultados obtenidos en cuanto a la percepción de apoyo social son similares a los obtenidos en la validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras de Cuéllar y Dresch, (2012), no presentando diferencias significativas entre las medias ( $t = 1.503$ ;  $p > .05$ ).

Según la literatura el apoyo social percibido también contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general. Los individuos que cuentan con apoyo social se enfrentan mejor a las situaciones vitales y estresantes que los que carecen de él (Rodríguez-Martínez et al., 2004; Feldman et al., 2008). Sin embargo, en esta muestra

no se encuentra una correlación significativa entre las variables apoyo social percibido y salud general, puede que una muestra más grande aporte más información o mayor significación.

Las causas de la presencia de sintomatología o trastornos de ansiedad y depresión son multifactoriales. Hay factores relacionados con la familia pueden actuar como factores desencadenantes o mantenedores de los trastornos ansiosos y depresivos. El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales (Calvente, Rodríguez y Cuadra, 1999). Más de la mitad de la muestra presenta sintomatología ansioso-depresiva. La mayoría de ellos con una intensidad de moderada a grave presentando medias superiores a la población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003; Beck y Steer, 2011). Sin embargo, solo la variable depresión presenta diferencias significativas entre las medias ( $t = 2.554$ ;  $p < .05$ ). Que la variable ansiedad no presente diferencias significativas con la media poblacional puede deberse al pequeño tamaño de la muestra. A su vez, estas variables presentan una elevada correlación entre ellas ( $r = 0.755$ ;  $p < .01$ ), a mayor ansiedad también aumenta la variable depresión.

La ansiedad tiene una alta correlación negativa con la variable apoyo social percibido ( $r = -0.584$ ;  $p < .05$ ) y con la variable función familiar ( $r = -0.531$ ;  $p < .05$ ). Es decir, la percepción de menor apoyo social y peor funcionamiento familiar se relaciona con mayores niveles de ansiedad.

Asimismo, se observa que la sintomatología ansiosa correlaciona positivamente con la variable salud general ( $r = 0.848$ ;  $p < .01$ ), de manera que, a mayor ansiedad, más problemas de salud general.

Por otra parte, la variable depresión presenta una correlación negativa y significativa con las variables apoyo social percibido ( $r = -0.681$ ;  $p < .01$ ) y función familiar ( $r = -0.629$ ;  $p < .01$ ). De manera que, aquellos sujetos con una menor percepción de apoyo social y una peor función familiar presentan mayor sintomatología depresiva y mayores problemas de salud general ( $r = 0.640$ ;  $p < .01$ ). Gaviria, Rodríguez y Álvarez (2002), sugieren el papel de la familia como factor protector ante la depresión. Es conveniente tener en cuenta que las personas que manifiestan niveles altos de sintomatología depresiva tienen un riesgo elevado de sufrir en el futuro un trastorno depresivo mayor, especialmente si además están sometidos a un elevado estrés como puede resultar ser cuidador de un miembro de la familia (Horwath, Johnson, Klerman, y Weissman, 1994).

El concepto que tenemos de nosotros mismos no es algo heredado, sino aprendido de nuestro alrededor, mediante la valoración que hacemos de nuestro comportamiento y de la asimilación e interiorización de la opinión de los demás respecto a nosotros o de la percepción que tenemos de ello. La importancia de la autoestima radica en que nos impulsa a actuar, a seguir adelante y nos motiva para perseguir nuestros objetivos. Una elevada autoestima, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de la persona para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal. En la investigación se evidencia la presencia de una autoestima afectada, de forma intensa en un tercio de la muestra, con una media inferior a la población general (Tomás y Limonero, 2008), que no resulta estadísticamente significativa ( $t = -1.417$ ;  $p > .05$ ). Hay que tener en cuenta la posibilidad de que esta variable no alcance una significación estadística debido al reducido tamaño de la muestra.

Los resultados indican que un 62% de los participantes presentan una autoestima deficitaria y sería recomendable trabajar para mejorar esta variable que presenta una estrecha relación con la salud general (Nyamathi, Stein y Bayley, 2000; Bailis y Chipperfield, 2002; López, García, y Dresch, 2006). Sin embargo, la correlación entre autoestima y salud general en la muestra no es significativa. A pesar de ello, sí que presenta correlaciones negativas significativas con la sintomatología ansioso-depresiva, ( $r = -0.609$ ;  $p < .05$ ) y ( $r = -0.625$ ;  $p < .01$ ) respectivamente. Es decir, a menor autoestima mayor sintomatología ansioso-depresiva. En contraposición, la autoestima puede ejercer tanto un efecto directo como indirecto en el bienestar psicosocial de la persona (Arango, 1999; Cava, Musitu y Vera, 2000; Harfuch, Murguía, Lever y Andrade, 2010), lo que explicaría la elevada correlación de la autoestima con la función familiar ( $r = 0.871$ ;  $p < .01$ ) y la percepción de apoyo social ( $r = 0.834$ ;  $p < .01$ ), de manera que aquellos sujetos con una mejor función familiar y mayor percepción de apoyo social presentan una mayor autoestima

### **Conclusión:**

La principal dificultad que se observa en esta muestra es con relación a la percepción del entorno próximo (disfunción familiar y apoyo social percibidos como deficientes). Esta percepción influye sobre la presencia de sintomatología ansioso-depresiva y la baja autoestima, que se encuentra presente en mayor intensidad que en la población general. La sintomatología ansioso-depresiva tiene una influencia relevante en la variable de salud general de la muestra. Todas las variables estudiadas se relacionan entre ellas y se retroalimentan en mayor o menor medida. Esta interacción puede tener como consecuencia que las variables se conviertan en factores de mantenimiento de otras variables con las que correlacionan y que de este

modo sea complicado para este tipo de población realizar cambios sin acudir a un recurso externo. Es posible que por las características y objetivos propios de los GAM puedan ser un recurso adecuado para mejorar la calidad de vida de estas personas.

Este trabajo presenta varias *limitaciones*; sería interesante poder conseguir una muestra más amplia, en la que participaran más asociaciones de TOC en España. Una muestra mayor permitiría encontrar resultados más fiables y completos, además de incluir una perspectiva de género. Incluir dicha perspectiva puede traer nuevos resultados ya que la mayoría de los asistentes a estos grupos suelen ser mujeres, que también son tradicionalmente las cuidadoras informales de sus familiares.



## 5. Referencias:

- Bailis, D. S., & Chipperfield, J. G. (2002). Compensating for losses in perceived personal control over health: A role for collective self-esteem in healthy aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P531-P539.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *BAI: manual*. Pearson.
- Calvente, M. D. M. G., Rodríguez, I. M., y Cuadra, P. G. (1999). *Cuidados y cuidadores en el Sistema Informal de Salud: Investigación cuantitativa*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Cava, M. J., Musitu, G., y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161.
- Cuéllar-Flores, I. S. A. B. E. L., y Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 89-101.
- Feldman, L., Goncalves, L., Puignau, G. C. C., Zaragoza, J., Bagés, N., y De Paulo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas psychologica*, 7(3), 739-752.
- Fernández Vargas, A. M., Bujalance Zafra, M. J., Leiva Fernández, F., Martos Crespo, F., García Ruíz, A. J., de la Cuesta, S., y Alarcón, F. (2001). Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Medifam*, 11(9), 44-53.
- Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, M. R., Valdivieso-López, A., y Lleixá-Fortuno, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*, 44(12), 695-701.
- Gallardo, C. (2001). Los grupos de ayuda mutua en la Comunidad de Madrid.
- Garmendia, M. L., Alvarado, M. E., Montenegro, M., y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica de Chile*, 136(2), 169-178.



Gaviria, S., Rodríguez, M. D. L. Á., y Álvarez, T. (2002). Calidad de la relación familiar y depresión en estudiantes de medicina de Medellín, Colombia, 2000. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 41-46.

Harfuch, M. F. H., Murguía, M. P. P., Lever, J. P., y Andrade, D. Z. (2010). La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 6-18.

Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., y Weissman, M. M. (1994). What are the public health implications of subclinical depressive symptoms?. *Psychiatric Quarterly*, 65(4), 323-337.

Hyman, B. M., y Pedrick, C. (2003). *Guía Práctica del trastorno obsesivo compulsivo: Pistas para su liberación*. Desclée de Brouwer.

López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., Moreno, A., y Javier, F. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(7), 332-339.

López Jiménez, M. T., Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guines, M., y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.

López, M. P. S., García, M. E. A., y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

March, J. S., y Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. Guilford Press.

Marin, J. R., Pastor, M. A., y Roig, S. L. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(Sup), 349-372.

Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., y Ballesteros-Rodríguez, J. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(6), 276-284.

Masanet, E., y La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública*, 85(3), 257-266.

Painepán, B., y Kühne, W. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(1), 5-14.

Peñaranda, A. P., Ortiz, L. G., Sánchez, E. R., Baltar, A. L., Santos, N. P., y Marcos, M. Á. G. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención primaria*, 41(11), 621-628.

Raggio, S., y Soukoyan, G. (2007). *Grupos de autoayuda y ayuda mutua: camino compartido hacia el bienestar*. Lugar.

Ramírez, V. J. A., del Río, B. R., Russell, M. E. R., y López, C. G. F. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*, 18(2), 237-245.

Retolaza Balsategui, A., Mostajo, A., De la Rica, J. R., Díaz de Garramiola, A., Pérez de Loza, J., Aramberri, I., y Markez Alonso, I. (1993). Validación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (versión 28 ítems) en consultas de Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(46), 187-194

de la Revilla Ahumada, L., De los Ríos Álvarez, A. M., y del Castillo, J. L. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *atención Primaria*, 33(8), 417-423.

de la Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6(1), 10-8.

Roca, F., y Villalbi, J. R. (1993). *Manual para el funcionamiento de grupos de ayuda mutua*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

Rodríguez-Martínez, A., Pinzón-Pulido, S. A., Máiquez-Pérez, A., Herrera-Jáimez, J., De Benito-Torrente, M., y Cuesta Ortiz, E. (2004). ¿Tienen apoyo social y familiar los drogodependientes que participan en el programa “libre de drogas” en prisión? *Med Fam (And)*, 5, 16-21.

Sampietro, H., y Carbonell, C. (2014). Documento guía para la constitución y gestión de los grupos de ayuda mutua en salud mental.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

Sanz, J., Garcia-Vera, M. P., y Fortún, M. (2012). El " Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563.

Sanz, J., y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*.

Sanz, J., Perdígón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.

Soriano, F. R. (1998). Los " desconocidos " grupos de ayuda mutua. *Cuadernos de Trabajo social*, (11), 251.

Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., y Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric services*, 52(12), 1633-1638.

Suarez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67.

Suarez Cuba, M. A., y Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*, 20(1), 53-57.

Tantawy, A. M. A., Raya, Y. M., y Zaki, A. M. K. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17(3), 15-25.

Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., y Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58.

Tomás-Sábado, J., y Limonero, J. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en una muestra española.

Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.

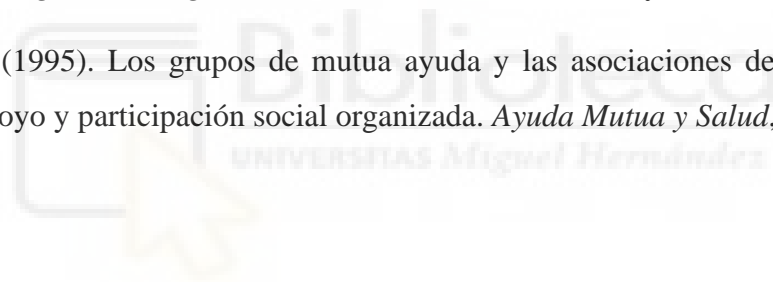
Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57-59.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255

Wong, C., Davidson, L., Anglin, D., Link, B., Gerson, R., Malaspina, D., ... y Corcoran, C. (2009). Stigma in families of individuals in early stages of psychotic illness: family stigma and early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 108-115.

Yaryura-Tobias, J. A., y Neziroglu, F. A. (1997). *Obsessive-compulsive disorder spectrum: Pathogenesis, diagnosis, and treatment*. American Psychiatric Pub.

Zayas, I. M. (1995). Los grupos de mutua ayuda y las asociaciones de voluntariado, núcleos de apoyo y participación social organizada. *Ayuda Mutua y Salud*, 1, 34-42.



## 6. Apéndices

- ✓ **Anexo 1** – Diseño cuasi-experimental “Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por Trastorno Obsesivo Compulsivo.”
- ✓ **Anexo 2-** Resguardo de la solicitud a la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández
- ✓ **Anexo 3** - “Hoja de consentimiento informado”
- ✓ **Anexo 4** - “Hoja de información al participante”
- ✓ **Anexo 5** – “Tabla 1. *Resultados pretest Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)*”



**Anexo 1** – Diseño cuasi-experimental “Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por Trastorno Obsesivo Compulsivo.”



## **“Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por Trastorno Obsesivo Compulsivo.”**

### **“Diseño Cuasi-experimental”**

La investigación se basa en un *Diseño de Estudio cuasi-experimental de un solo grupo con medidas repetidas* en las que se comprueba los efectos de la asistencia regular a un GAM para familiares de afectados por TOC, tomando medidas pretest y postest.

#### **B. Hipótesis:**

Los participantes del GAM para familiares de afectados por TOC que asistan regularmente a las reuniones tenderán a percibirse a ellos mismos y a su entorno de forma más saludable.

#### **C. Objetivos:**

*Objetivo general:*

Conocer si la asistencia regular al Grupo de Ayuda Mutua para familiares de afectados por TOC produce cambios en las sintomatología ansioso-depresiva, la percepción de apoyo social, la función familiar y la autoestima.

Los *objetivos específicos* son:

- Valorar si la asistencia al GAM puede disminuir la sintomatología ansioso-depresiva.
- Conocer la percepción que tiene este colectivo entorno al apoyo social percibido y si el GAM aumenta dicha percepción.
- Analizar si la función familiar se percibe como alterada y si se percibe de forma más positiva tras la asistencia al GAM.

- Averiguar si la autoestima se ve afectada y si se ve modificada por la asistencia al GAM.

### **MÉTODO:**

Se accede a la muestra a través de la Asociación TOC Levante (Alicante), que inicia el 4 de noviembre de 2019 el Grupo de Ayuda Mutua exclusivo para familiares de Afectados por TOC. Este grupo se lleva a cabo en la “Casa de las Asociaciones” en San Vicente del Raspeig y tiene lugar los lunes a las 19hs de forma quincenal, con una duración de hora y media cada reunión.

La intervención que se lleva a cabo posteriormente a la recogida de medida pretest consiste en la asistencia regular al GAM para familiares de afectados por TOC, del cual se lleva a cabo un control de la asistencia. Las reuniones tienen lugar de forma quincenal los lunes a las 19 horas, con una duración de hora y media. Durante la sesión los participantes pueden compartir de forma libre y confidencial cualquier aspecto relacionado con la temática del grupo.

A continuación, en el Figura 7, se refleja el cronograma de trabajo:



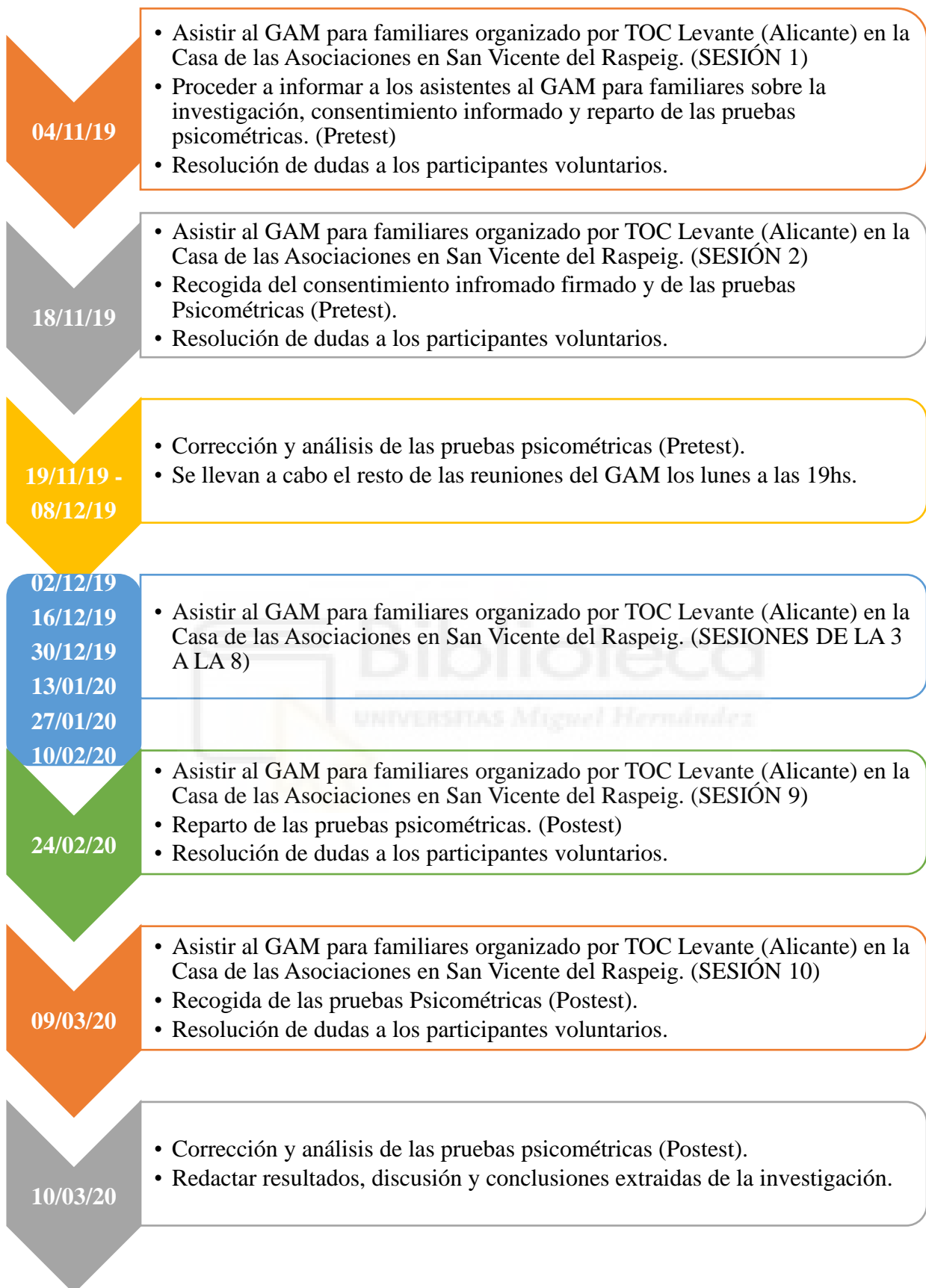


Figura 7. Cronograma de trabajo para el Diseño cuasi-experimental “Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por Trastorno Obsesivo Compulsivo.”

Cuando el funcionamiento familiar se altera debido a la aparición del TOC dentro del núcleo familiar, se requiere que el sistema familiar también sea asistido y formado para afrontar de la forma más adecuada posible las nuevas necesidades que se presentan (López, Barrera, Cortés, Guines y Jaime, 2011), creando dinámicas que determinan el buen o mal funcionamiento de la unidad familiar (Hinostraza, Huashuayo, Navarro, Torres y Matos, 2011).

Los GAM ofrecen la oportunidad de participar, ampliar el círculo social, encontrar nuevos apoyos, formar parte en algo estimulante, sentirse sujeto activo y saca al individuo de su condición de familiar cuidador. Dando de este modo el protagonismo, valor personal por sus acciones, compartir experiencias similares con iguales, preparándose para la convivencia, ayudando a sentirse más útiles y mejorando la autoestima. En el GAM se comparten tareas, sentimientos y se asumen responsabilidades (Soriano, 1998).

Por tanto, el carácter estresante de los problemas de salud dentro del entorno próximo supone siempre una situación de crisis y un deterioro de la calidad de vida de quien o quienes la padecen. Son factores que deben llamar la atención del profesional en salud, quien no debe solo limitarse a hacer el diagnóstico y tratamiento, sino en identificar y hacer uso adecuado de las redes de apoyo que cada persona en su momento lo necesite, tanto pacientes como familiares. El tener un buen apoyo social puede favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de distintos problemas de salud, mediante el fortalecimiento de las relaciones intrafamiliares o el refuerzo de los GAM. En consecuencia, tanto la salud física y psíquica mejorían. (Fernández, 2001).

Los GAM son una fuente importante de aprendizaje, que es el primer paso para que el individuo tome conciencia de su propia situación. Una buena información

conduce a reconocer síntomas, las propias necesidades y reacciones y a responder mejor ante ellos, reduce la ansiedad y el miedo. Los componentes de un GAM tienen la oportunidad de intercambiarse informaciones, experiencias, saber de los recursos que pueden disponer y, sobre todo, aumentar sus conocimientos en lo que se refiere a su situación actual. Ser miembro de un GAM también facilita cambios de actitudes más saludables que contribuyen a una mejor calidad de vida. El GAM proporciona apoyo emocional. Los componentes del GAM pueden expresar sus sentimientos y compartirlos con otros miembros del GAM que están pasando o han pasado por una situación similar y por necesidades semejantes facilitando la descarga emocional, recibiendo apoyo y teniendo la oportunidad de darlo, utilizando el principio terapéutico basado en “quien ayuda a otros se ayuda así mismo” (Soriano, 1998)



**Anexo 2 – Resguardo de la solicitud a la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández**



**Expediente / Expedient**

Num. Expediente / Nombre Expedient	Fecha / Data
ES_U05500001_2019_EXP_GEN0000000000002339	05/11/2019

**Datos de solicitante / Dades de sol·licitant**

Nombre / Nom	
OLGA	
Primer Apellido / Primer Cognom	Segundo Apellido / Segon Cognom
PELLICER	PORCAR
Tipo Documento / Tipus Document	Nº Documento / Nombre Document
NIF/NIE	18980289N

**Datos de Contacto / Dades de Contacte**

Email / Correu-e	Teléfono Móvil / Telèfon Mòbil		
<a href="mailto:a.pellicer@umb.es">a.pellicer@umb.es</a>	615586344		
Domicilio (Calle/Plaza, Número, Puerta) / Domicili (carrer/Plaça, Nombre, Porta)			
JOSE Mª ORENSE, 10 PTA.76			
País / País	Provincia / Província	Municipio / Municipi	Código Postal / Codí Postal
ESPAÑA	Valencia	Valencia	46022

**Solicitud / Sol·licitud**

Dirigido a / Adreçat a:
OFICINA DE INVESTIGACION RESPONSABLE
Expone / Solicita / Exposa / Sol·licita
ADJUNTO DOCUMENTACIÓN SOLICITADA PAR LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO CON REFERENCIA 191008134559

**Opción para notificaciones / Opció per a notifikacions**

La notificación se realizará por medios electrónicos. El aviso de la notificación se enviará al e-mail y/o teléfono móvil arriba indicados. Si desea recibir la notificación por medios no electrónicos (correo postal) deberá marcar la casilla siguiente: / La notificació es realitzarà per mitjans electrònics. L'avis de la notificació s'enviarà a l'e-mail i/o telèfon mòbil a dalt indicats. Si desitja rebre la notificació per mitjans no electrònics (correu postal) haurà de marcar la casella següent:

No quiero que me notifiquen por medios electrónicos / No vull que em notifiquin per mitjans electrònics.

**Adjuntos a la solicitud / Adjunts a la sol·licitud**

Puede adjuntar hasta 4 documentos a su solicitud. Máximo permitido por fichero 2MB. Si necesita aportar más ficheros utilice la opción de Mejorar/Subsanar disponible en 'Mis Expedientes' dentro del expediente asociado a la Instancia presentada / Podeu adjuntar fins a 4 documents a la sol·licitud. Màxim permès per fitxer 2MB. Si necessiteu aportar més fitxers feu servir l'opció de Millorar/Esmenar disponible en 'Els meus expedients' dins de l'expedient associat a la instància presentada.

	Resumen:
ANEXO I - 191008134559.pdf 238 KB	hU8Ya4FTetgpQrYXjZDDUfXhLEqQ29RkPI/PTYQaUOg=
ISABIAL-HIP-UMH. Anexo II (NB) - 191008134559.docx 835 KB	qdRVuHnHGZnmsxWEk+2vpYp16/PY2TNx3WRMRB9I/oQ=
ISABIAL-CI- Anexo III (NB) - 191008134559.docx 830 KB	W6xIDNtockWu4Dbm3gegmaJSjePzfDOss0CvHWXg80k=
ISABIALMemoria (NB) 191008134559.docx 870 KB	s2hYm3ATmwaajfUA+R/4vT9wLPPVeDDDJOrTerK/hKA=

## Protección de datos / Protecció de dades

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa a los interesados que los datos de carácter personal aportados serán tratados por la Universidad de Miguel Hernández de Elche como Responsable del Tratamiento, en base al interés público con la finalidad de tramitar y gestionar su solicitud. Los datos de carácter personal aportados sólo se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se ha recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación la normativa de archivos y patrimonio documental español. Asimismo se informa al interesado que no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal.

El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento así como, a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos. Los derechos podrán ser ejercitados de la siguiente forma: por Sede electrónica ([sede.umh.es](http://sede.umh.es)), por escrito a la Universidad Miguel Hernández de Elche, a la atención de la Delegada de Protección de Datos, Edificio Rectorado y Consejo Social, Avda. de la Universidad S/N, 03202, Elche-Alicante. Asimismo, el interesado tiene derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Para más información el interesado se podrá dirigir a [dpd@umh.es](mailto:dpd@umh.es)

;

D'acord amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, així com la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, s'informa els interessats que les dades de caràcter personal aportades seran tractades per la Universitat de Miguel Hernández d'Elx com a responsable del tractament, sobre la base de l'interès públic amb la finalitat de tramitar i gestionar la vostra sol·licitud. Les dades de caràcter personal aportades només es conservaran durant el temps necessari per a complir amb la finalitat per a la qual s'han recaptat i per a determinar les possibles responsabilitats que es pogueren derivar d'aquesta finalitat i del tractament de les dades. Serà aplicable la normativa d'arxius i patrimoni documental espanyol. Així mateix s'informa l'interessat que no es comunicaran les dades a tercers, excepte obligació legal.

L'interessat podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament, així com a no ser objecte de decisions basades únicament en el tractament automatitzat de les seues dades. Els drets podran ser exercitats de la forma següent: per Seu Electrònica ([sede.umh.es](http://sede.umh.es)), per escrit a la Universitat Miguel Hernández d'Elx, a l'atenció de la delegada de Protecció de Dades, edifici Rectorat i Consell Social, av. de la Universitat s/n, 03202, Elx-Alacant. Així mateix, l'interessat té dret a presentar una reclamació davant de l'autoritat de control ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)) si considera que el tractament no s'ajusta a la normativa vigent. Per a més informació l'interessat es podrà adreçar a [dpd@umh.es](mailto:dpd@umh.es).

### **Anexo 3 - “Hoja de consentimiento informado”**



**ISABIAL**

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

*De la investigación a la calidad asistencial***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Número admitido a trámite (UMH)	<b>191008134559</b>
Número Expediente:	
Título del proyecto:	Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por TOC
Investigador principal:	Olga Pellicer Porcar

Yo.....

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.  
Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

 Doy  No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

<b>FIRMA DEL PARTICIPANTE:</b>	<b>FIRMA DEL INVESTIGADOR:</b>
<b>NOMBRE:</b>	<b>NOMBRE: Olga Pellicer Porcar</b>
<b>FECHA:</b>	<b>FECHA: 11/11/2019</b>





#### **Anexo 4 - “Hoja de información al participante”**



ISABIAL

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y BIOMÉDICA DE ALICANTE

De la investigación a la calidad asistencial



## HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Número admitido a trámite (UMH):	191008134559
Número Expediente:	
Título del proyecto:	Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por TOC
Investigador principal:	Olga Pellicer Porcar
Servicio:	Departamento de Psicología de la Salud
Centro:	Universidad Miguel Hernández

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Órgano Evaluador de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández. El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y/o relación con los investigadores.

El proyecto se llevará a cabo en la Universidad Miguel Hernández de Elche, departamento de Psicología de la Salud.

#### ¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

Existen estudios que demuestran que los Grupos de Ayuda Mutua para Afectados/Pacientes son beneficiosos. Pero no se conocen muchos estudios que demuestren los efectos y beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para familiares y todavía menos para poblaciones tan específicas como son los GAM para familiares de afectados por TOC. En este estudio pretendemos conocer los efectos que tiene la asistencia regular a un GAM para familiares de afectados por TOC.



## HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Número admitido a trámite (UMH):	<b>191008134559</b>
Número Expediente:	
Título del proyecto:	Efectos del Grupo de Ayuda Mutua para Familiares de afectados por TOC
Investigador principal:	Olga Pellicer Porcar
Servicio:	Departamento de Psicología de la Salud
Centro:	Universidad Miguel Hernández

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Órgano Evaluador de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández. El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y/o relación con los investigadores.

El proyecto se llevará a cabo en la Universidad Miguel Hernández de Elche, departamento de Psicología de la Salud.

### **¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?**

Existen estudios que demuestran que los Grupos de Ayuda Mutua para Afectados/Pacientes son beneficiosos. Pero no se conocen muchos estudios que demuestren los efectos y beneficios de los Grupos de Ayuda Mutua para familiares y todavía menos para poblaciones tan específicas como son los GAM para familiares

de afectados por TOC. En este estudio pretendemos conocer los efectos que tiene la asistencia regular a un GAM para familiares de afectados por TOC.

### **¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?**

Conocer si la asistencia regular al Grupo de Ayuda Mutua para familiares de afectados por TOC produce cambios en las medidas pretest y postest, en concreto en la sintomatología ansioso-depresiva, autoestima, apoyo social percibido y función familiar.

### **¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?**

Es un Estudio cuasi-experimental de medidas repetidas en las que se comprueba los efectos de la asistencia regular a un GAM tomando medidas pretest y postest. Es decir, se entregarán unos cuestionarios a los participantes del GAM se llevarán a casa y que deberán cumplimentar y entregar en la siguiente reunión. Tras un periodo de unas 6-8 semanas de asistencia regular al GAM se volverán a entregar estos cuestionarios, teniendo lugar el mismo procedimiento.

La duración del estudio se prolongará durante un periodo de tiempo de 2 meses, pero este periodo podrá ser mayor o menor (en función del estudio).

### **¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?**

Usted recibirá el mismo trato participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio directo con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día sobre los Grupos de Ayuda Mutua para familiares de afectados por TOC y ello permitirá idear formas de prevención, manejo y tratamiento mejores que las que poseemos en la actualidad.

Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

### **¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?**

No existen riesgos asociados a la participación en este estudio.

### **¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?**

Los datos que se van a recoger serán en relación con la sintomatología ansioso-depresiva, la percepción de apoyo social, percepción de la familia y autoestima. Estos

datos serán recogidos a través de los siguientes cuestionarios:

- El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
- Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)
- El cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC
- Cuestionario de Autoestima de Rosenberg
- Cuestionario APGAR Familiar

Dichos cuestionarios serán entregados y recogidos por un/a psicólogo/a.

### **¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?**

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD)

El acceso a su información personal quedará restringido al equipo de investigación, cuando se precise, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

Además de estos derechos, y de acuerdo al RGPD, usted también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Tanto el centro como el investigador principal son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información

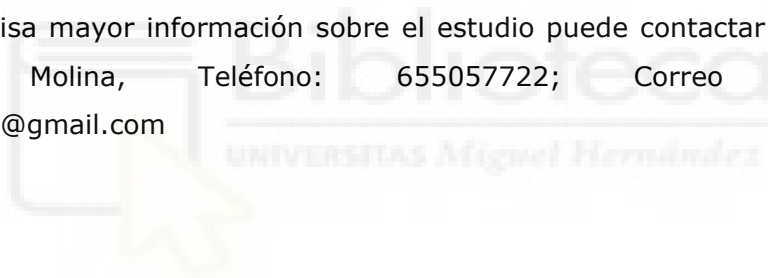
que pueda identificarle, y sólo el investigador responsable del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada a ninguna otra persona salvo a las autoridades, cuando así lo requiera una situación de riesgo recogida por la normativa vigente.

El investigador está obligado a limitar el tiempo de conservación de los datos recogidos para el estudio al mínimo imprescindible tras su finalización. Posteriormente, su información personal solo se conservará para otros fines de investigación científica si usted hubiera otorgado su consentimiento para ello, y si así lo permite la ley y requisitos éticos aplicables.

Si realizáramos transferencia de sus datos codificados fuera de la UE a las entidades de nuestro grupo, a prestadores de servicios o a investigadores científicos que colaboren con nosotros, los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos por las autoridades de protección de datos. Si el participante quiere saber más al respecto, puede contactar con el investigador principal.

#### **¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?**

Si usted precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con Agostina Fernández Molina, Teléfono: 655057722; Correo electrónico: psicoagostina@gmail.com



Anexo 5 – “Tabla 1. *Resultados pretest Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)*”



Tabla 1

Resultados pretest Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)

N	A: síntomas somáticos		B: ansiedad e insomnio		C: disfunción social		D: depresión grave		$\Sigma$ GHQ	INTERP. GHQ	$\Sigma$ CGHQ	INTERP. CGQH	SINTOMATOLOGÍA PREDOMINANTE
	GHQ	CGHQ	GHQ	CGHQ	GHQ	CGHQ	GHQ	CGHQ					
1	0	3	0	7	0	7	0	0	0	no caso	17	caso	B Y C
2	3	6	3	7	0	3	0	1	6	caso	20	caso	B
3	3	7	6	7	3	7	6	7	18	caso	28	caso	B Y D
4	0	2	0	5	0	7	0	0	0	no caso	14	caso	C
5	0	4	0	1	2	7	0	1	2	no caso	13	caso	C
6	5	7	6	7	6	7	2	2	19	caso	23	caso	B Y C
7	0	4	0	7	1	7	1	6	2	no caso	24	caso	B Y C
8	0	2	0	2	0	7	0	0	0	no caso	11	no caso	C
9	5	7	5	7	5	6	4	6	19	caso	26	caso	A Y B
10	4	6	4	5	7	7	5	7	20	caso	25	caso	C
11	2	4	0	2	1	7	0	4	3	no caso	17	caso	C
12	1	5	3	6	3	7	0	2	7	caso	20	caso	C
13	7	7	5	7	2	7	2	7	16	caso	28	caso	A
14	0	2	2	5	2	7	1	2	5	no caso	16	caso	C
15	0	3	0	6	0	6	0	1	0	no caso	16	caso	B Y C
16	0	2	0	4	1	7	0	1	1	no caso	14	caso	C
MEDIA =	1.88	4.44	2.13	5.31	2.06	6.63	1.31	2.94	7.375	43.75% CASO	19.5	93.75% CASO	C > B > D y A



