


VNIVERSITAT  VALÈNCIA

FACULTAT  DE PSICOLOGIA



**BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL EN
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES:
UNA DECISIÓN COMPLEJA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

GEMA DEL VALLE DEL VALLE

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. M^a CARMEN CARRIÓ RODRÍGUEZ

Valencia, 2015

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS**

Programa de doctorado:

642-295D Psicología de la personalidad: intervención en áreas clínicas y
sociales

**BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL EN
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES:
UNA DECISIÓN COMPLEJA**

TESIS DOCTORAL

GEMA DEL VALLE DEL VALLE

Dirigida por:

Dra. D^a. AMPARO BELLOCH FUSTER

Dra. D^a. M^a CARMEN CARRIÓ RODRÍGUEZ

Valencia, 2015

Agradecimientos

Llegados a este punto en el que puedo decir que el esfuerzo ha merecido la pena, una parte de esta satisfacción se debe a todas las personas que he tenido a mi lado y que han colaborado en este trabajo.

Gracias a mis directoras, Amparo Belloch y Carmen Carrió, por transmitirme su pasión por la investigación y su gusto por el trabajo bien hecho, por ofrecerme la oportunidad de aprender y trabajar a su lado, y por darme la confianza y la motivación para seguir adelante.

Gracias a todos los pacientes que han participado en este estudio por ofrecerse con tanto agrado y amabilidad a participar en la investigación. Gracias también a los compañeros que me han ayudado a recabar la muestra por facilitarme de una forma tan cordial este difícil proceso.

Gracias a Gemma García Soriano por compartir conmigo sus conocimientos y experiencia investigadora tan valiosos para mí y por tantos años de vivencias académicas y personales compartidas.

Gracias a Ángel Carrasco porque el poder experimentar a la vez las alegrías y amarguras de este trabajo me ha permitido sentirme acompañada y con empuje para continuar.

Gracias al resto de miembros del grupo de investigación ITOC por ofrecerme tan buenos momentos cada tarde, y alguna que otra noche, que hemos compartido. Gracias por los ánimos y las manifestaciones de apoyo.

Gracias a mis padres por tanto cariño, apoyo y confianza, por enseñarme la importancia de la constancia, el esfuerzo y la superación, y porque sin su ayuda muchos de mis logros no habrían sido posibles.

Gracias a Nacho por su paciencia, comprensión y cariño, por haber elegido estar a mi lado, y por ayudarme con su sentido del humor a mantener la motivación y superar los momentos de tensión.

Gracias al resto de familiares y amigos por darme la energía suficiente para seguir trabajando. Especialmente, me gustaría dedicar un recuerdo a mi abuelo Arcadio porque he echado en falta compartir con él esta experiencia.

Índice

Abreviaturas y siglas.....	5
MARCO TEÓRICO	
Introducción.....	9
Capítulo 1. El proceso de búsqueda de ayuda en el contexto sanitario.....	15
Capítulo 2. Evaluación del proceso de búsqueda de ayuda.....	33
Capítulo 3. El problema de la demora en la búsqueda de ayuda en los trastornos mentales.....	43
1. El Trastorno obsesivo-compulsivo y la búsqueda de ayuda.....	43
2. La Agorafobia y la búsqueda de ayuda.....	62
3. El Trastorno depresivo mayor y la búsqueda de ayuda.....	67
4. Los Trastornos de la conducta alimentaria y la búsqueda de ayuda.....	81
5. El Trastorno por dependencia a cocaína y la búsqueda de ayuda.....	91
MARCO EMPÍRICO	
Objetivos.....	107
Procedimiento.....	109
Muestra.....	113
Instrumentos de evaluación.....	123
Análisis estadísticos.....	135
Resultados.....	139
1. Estructura interna de la Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional.....	139
2. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno obsesivo-compulsivo.....	142
3. Perfil de búsqueda de ayuda en la Agorafobia.....	163
4. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno depresivo mayor.....	178
5. Perfil de búsqueda de ayuda en los Trastornos de la conducta alimentaria.....	194
6. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno por dependencia a cocaína.....	213
7. Comparativa entre los cuadros clínicos respecto a las variables sociodemográficas, las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda profesional.....	229

DISCUSIÓN.....	243
1. El proceso de búsqueda de ayuda profesional y la importancia de su evaluación.....	245
2. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno obsesivo-compulsivo.....	247
3. Perfil de búsqueda de ayuda en la Agorafobia.....	257
4. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno depresivo mayor.....	263
5. Perfil de búsqueda de ayuda en los Trastornos de la conducta alimentaria.....	271
6. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno por dependencia a cocaína.....	279
7. Comparativa entre los cuadros clínicos en el proceso de búsqueda de ayuda profesional.....	286
8. Propuestas para favorecer el proceso de búsqueda de ayuda.....	291
9. Limitaciones del estudio.....	295
10. Futuras líneas de investigación.....	297
CONCLUSIONES.....	303
Bibliografía.....	313
Anexo.....	345

Abreviaturas y siglas

AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AN	Anorexia Nerviosa
ANCOVA	Análisis de Covarianza
ANOVA	Análisis de Varianza
APA	Asociación Americana de Psicología
BDI-II	Inventario de Depresión de Beck-II
BITE	Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo
BN	Bulimia Nerviosa
BTS	Prueba de Esfericidad de Bartlett
CCQ-G	Cuestionario de Craving de Cocaína-General
CIE	Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud
CSSA	Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína
DSM	Manual diagnóstico de los trastornos mentales
DSM-IV-TR	Manual diagnóstico de los trastornos mentales-IV-texto revisado
DT	Desviación típica
ECA	Epidemiologic Catchment Area
EDI-II	Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-II
et al.	Et alii, 'y otros'
EV	Experiencia vital
GHQ-28	Cuestionario de Salud General de Goldberg-28
GI	Grados de libertad
i.e.	Id est, 'esto es'
IMC	Índice de masa corporal
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MAP	Médico de Atención Primaria
N	Número que personas que forman una muestra
OMS	Organización Mundial de la Salud
p.e.	Por ejemplo
PSWQ	Cuestionario de preocupación de Pensilvania
Sig.	Significativo
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático

TM	Trastorno mental
TOC	Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TP	Trastorno de pánico
USM	Unidad de Salud Mental
UVEG	Universitat de València Estudi General
Vs	Versus
YBOCS	Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

Cuando una persona experimenta un malestar psicológico se inicia un proceso complejo que implica decidir qué hacer para manejar dicho malestar y que puede finalizar o no en la búsqueda de ayuda profesional. El “camino” que conecta al paciente con el profesional sanitario no siempre es directo e inmediato y viene muy determinado por el grado de activación y la dirección con los que se inicia el recorrido y por la persistencia con la que se mantiene. En un intento de simplificación, es probable que el tipo de malestar y su gravedad jueguen un papel muy importante en el esfuerzo por buscar ayuda, mientras que las variables sociodemográficas y las actitudes, creencias y valores hacia los trastornos mentales y hacia el tratamiento, tanto de la persona como de su entorno, determinen hacia dónde dirigir la búsqueda. Sin embargo, la multitud de variables que participan y las relaciones multidireccionales entre ellas hacen imprescindible un análisis detallado y profundo al respecto.

En muchos casos, la decisión incluso conlleva enfrentarse a planteamientos ambivalentes. Esta situación ha sido destacada por Kushner y Sher (1991), los cuales, en un estudio teórico, consideran que la búsqueda de ayuda en un servicio de salud mental está motivada, en parte, por un conflicto atracción-evitación. La atracción vendría determinada fundamentalmente por el malestar y la interferencia derivados del trastorno mental, mientras que la evitación estaría influenciada por los temores al tratamiento. Ese conflicto entre ventajas y los inconvenientes resulta significativo en las personas ansiosas, ya que tienden a sobrestimar la probabilidad y el coste de resultados negativos, siendo probable que sobrestimen el impacto negativo de la búsqueda de tratamiento. Desde esta perspectiva, se ha estudiado la influencia que puede tener sobre la búsqueda de tratamiento la sobreestimación de resultados arriesgados y la consiguiente evitación del riesgo, dada la asociación de estas variables con la ansiedad. En esta línea, Lorian y Grisham (2011) realizaron un estudio con personas con diagnóstico de fobia social, TOC y TAG, en el que encontraron que más del 60% de la muestra no tenía historia de tratamientos previos y, de ellos, un 40% alegaron la evitación como principal motivo. Se encontró que la búsqueda de tratamiento se relacionó positivamente con el riesgo social y la conducta de riesgo en general en los que no habían buscado previamente tratamiento. En base a estos datos, cabe esperar que las personas que previamente han buscado tratamiento sea

más probable que lo hagan en un futuro, ya que conocen en qué consiste dicho tratamiento y por tanto sea menor la anticipación y sobrestimación de resultados negativos.

Es por ello que nos enfrentamos a una decisión compleja, en la que participan muchos factores y diferentes objetivos a conseguir y en la que dichos objetivos pueden variar en el grado de relevancia que suponen para la vida de la persona y/o de su entorno cercano y pueden tener más o menos repercusión sobre el futuro. Cabe considerar también que detrás de cada decisión se encuentra una serie de creencias acerca del resultado que se obtendrá. La conveniencia de una determinada decisión puede variar a lo largo del tiempo y de las circunstancias, de modo que la decisión que es útil en un momento dado y en un contexto concreto, puede dejar de serlo en otro momento y/o situación, confiriendo así un carácter dinámico al proceso de decisión.

La dificultad de dicha decisión queda reflejada en el hecho de que un bajo porcentaje de personas con trastorno mental solicita tratamiento y en muchas ocasiones esa solicitud es realizada tras años de evolución del cuadro psicopatológico, incluso a pesar de experimentar un elevado malestar y deterioro en la calidad de vida (Guan, Deng, Cohen y Chen, 2011) y a pesar de percibir la necesidad de ayuda. Los estudios de screening han encontrado porcentajes de búsqueda de tratamiento del 23,3% (Bijl y Ravelli, 2000), del 28,1% (Bland, Newman y Orn, 1997), del 32% (Ng, Jin, Ho, Chua, Fones et al., 2008), del 35% (Andrews, Henderson y Hall, 2001; Andrews, Issakidis y Carter, 2001) y del 41% (Wang, Lane, Olfson, Pincus, Wells et al., 2005). Dicho porcentaje aumentó hasta un 55% ó 65% en caso de presencia de comorbilidad o interferencia moderada o grave (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b; Bijl y Ravelli, 2000). Además, entre los pacientes tratados, sólo un 32,7% afirmó haber recibido un tratamiento mínimamente adecuado, siendo más probable dicha adecuación en los recursos de Salud Mental y menos probable en Atención Primaria (Wang et al., 2005b). De las personas que solicitaron tratamiento, un 22,8% lo recibió por parte de Atención Primaria y un 21,7% lo hizo por parte de Salud Mental (Wang et al., 2005b).

Son diversos los motivos referidos por las personas con trastornos mentales para no solicitar ayuda profesional. A modo de recorrido general, se podrían señalar motivos relacionados específicamente con el trastorno, como la incomodidad en revelarlo, la preocupación por el estigma y por lo que puedan pensar los demás, el temor a que los síntomas se agraven y la necesidad de manejar solos el problema

(Chartier-Otis, Perreault y Bélanger, 2010; Issakidis y Andrews, 2002; Lorian y Grisham, 2011). Otro grupo de motivos estaría relacionado con el temor a pedir ayuda y las creencias sobre el tratamiento, como cuestionar su utilidad y eficacia, la creencia de que los síntomas remitirán sin tratamiento, la creencia de que los problemas se resolverán solos o con el apoyo de familia y amigos (Chartier-Otis et al., 2010; Issakidis y Andrews, 2002; Lorian y Grisham, 2011). Así mismo, también estarían presentes motivos asociados con factores externos, como la falta de tiempo, la falta de dinero para costear el tratamiento, la accesibilidad de terapeutas o centros adecuados, la lista de espera y el no saber dónde buscar ayuda (Chartier-Otis et al., 2010; Issakidis y Andrews, 2002; Lorian y Grisham, 2011). En otro nivel diferente estaría la creencia de que los síntomas no son lo suficientemente graves como para necesitar tratamiento (Lorian y Grisham, 2011).

Kessler, Demler, Frank, Olfson, Pincus, et al. (2005) realizaron un análisis temporal sobre la prevalencia de los trastornos mentales y la tasa de tratamiento. Entre principios de los años 90 y principios del 2000, la prevalencia de los trastornos mentales no varió, como tampoco lo hizo la influencia positiva de la gravedad clínica sobre la solicitud de tratamiento. Dos aspectos que han experimentado un cambio a lo largo del tiempo han sido la tasa anual de tratamiento, que se situaba en el caso de los trastornos emocionales en el 12,2% entre 1990 y 1992 y en un 20,1% entre 2001 y 2003, y el incremento del tratamiento por parte del Médico de Atención Primaria (MAP), de la Unidad de Salud Mental (USM) y de Servicios Sociales y el decremento del tratamiento procedente de servicios médicos alternativos. A pesar de ambas mejorías, la tasa de tratamiento es muy baja y persiste un alto porcentaje de pacientes que no recibe un tratamiento adecuado.

Ante los bajos porcentajes de búsqueda de tratamiento, incluso en los casos con comorbilidad o interferencia elevada en el funcionamiento, cabe plantearse algunas preguntas:

¿Qué ocurre?

La presencia de un trastorno mental no es un indicador absoluto de la valoración de necesidad de ayuda ni de la búsqueda de tratamiento.

Analizar qué variables pueden estar influyendo en la decisión de buscar ayuda para un trastorno mental constituye una ardua tarea en la que se ve implicada una amplia variedad de variables entre las que se encuentran las variables sociodemográficas, las características clínicas, las variables sociales y las creencias sobre la salud y la enfermedad. Dichas variables presentan, además, múltiples interrelaciones, lo cual hace más complejo su análisis.

¿Cómo está el estado de la investigación?

Existe una escasa investigación que haya profundizado en esta área en general, y, por tanto, que haya analizado la especificidad de la búsqueda de tratamiento en trastornos mentales concretos. Las muestras empleadas en los estudios son muy variadas, incluyendo población general, población clínica que no ha solicitado tratamiento, población clínica en tratamiento, muestras compuestas por diferentes cuadros clínicos y muestras con trastornos mentales específicos. La evaluación del proceso de demora se ha realizado con métodos muy distintos, desde cuestionarios hasta entrevistas, y con un análisis desde superficial hasta detallado de dicho proceso. Por otra parte, hay estudios que establecen una relación entre la demora y variables clínicas o sociodemográficas, mientras que otros no establecen tales relaciones, encontrándose además variación en función del diseño. Por todo ello, los resultados que se han obtenido hasta el momento arrojan datos poco concluyentes.

¿Por qué es importante estudiarlo?

Resulta importante profundizar en la investigación con el fin de concretar las variables que favorecen y/o impiden la obtención del tratamiento para potenciar las primeras y limitar el impacto negativo de las segundas.

Además, la decisión de buscar o no ayuda condiciona la posibilidad del profesional sanitario de detectar y tratar el cuadro psicopatológico. Un tratamiento puesto en marcha a tiempo minimiza el riesgo de recurrencia y cronificación, limita la gravedad, reduce el grado de malestar emocional asociado y la interferencia en el funcionamiento cotidiano, reduce la presencia de comorbilidad y favorece una mejor respuesta al tratamiento.

Por otra parte, teniendo en cuenta que los trastornos mentales tienen características clínicas diferenciales, es esperable encontrar peculiaridades en el perfil de búsqueda de atención en función del diagnóstico o trastorno. Por ello, resulta importante realizar un análisis específico de cuadros clínicos concretos.

Partiendo de estos motivos, el presente estudio tiene como objetivo fundamental profundizar en el análisis de este tema. Para ello se han escogido trastornos mentales muy diferentes, como son el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, la Agorafobia, el Trastorno Depresivo Mayor, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa) y el Trastorno por Dependencia a cocaína. La justificación para elegir estos trastornos radica en que: 1) tienen una prevalencia significativa y una gran relevancia clínica; 2) no son trastornos psicóticos y por tanto favorecen la conciencia del paciente respecto al proceso de búsqueda de ayuda; 3) pertenecen al eje I y facilitan su identificación por el paciente como motivo de consulta frente a la inespecificidad y generalidad del motivo de consulta derivado de los trastornos de personalidad; y 4) se intenta cubrir un amplio espectro de categorías diagnósticas y de perfiles de demora.

El trabajo que se presenta analiza, en primer lugar, las características del proceso de búsqueda de ayuda ante la enfermedad y los modelos explicativos que se han venido planteando. A continuación se examinan los procedimientos de evaluación que se han utilizado para examinar el proceso de búsqueda de ayuda para continuar después con las características específicas de dicho proceso en los cinco trastornos mentales y del comportamiento en los que se centra la parte empírica del trabajo. En esa segunda parte presentamos los resultados obtenidos en la investigación, previa descripción de los materiales empleados, la población analizada y el procedimiento seguido. Finalmente, en el tercer apartado se re-analizan nuestros resultados en comparación con los que proporciona la literatura científica al respecto.

CAPÍTULO 1.

El PROCESO de BÚSQUEDA de AYUDA en el CONTEXTO SANITARIO

Como ya se ha comentado, la solicitud de ayuda por parte de un paciente a un profesional sanitario es un proceso muy complejo en el que participan múltiples variables. Diversos autores han intentado apresar dicha complejidad, elaborando modelos que recogen los factores influyentes y las fases que se suceden hasta que finalmente el paciente decide solicitar ayuda profesional. En el presente capítulo se recogen aquellos modelos que pueden ser más representativos, diferenciando entre los que se enmarcan en el ámbito general de la salud y aquellos que se refieren específicamente a la salud mental.

BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD GENERAL

El **Modelo de creencias de salud**, elaborado por Hochbaum (1958) (ver fig. 1), está dirigido sobre todo a las conductas de salud preventivas y consta de los siguientes factores: la motivación hacia la salud, la susceptibilidad o vulnerabilidad percibida respecto a la enfermedad, la gravedad de la enfermedad, los beneficios y costes de poner en marcha la conducta saludable, y las claves para actuar, que ponen en marcha la conducta de salud. El modelo hipotetiza que la persona llevará a cabo conductas de salud cuando tenga un nivel mínimo de motivación e información relevante sobre la salud, cuando se vea a sí misma potencialmente vulnerable y vea la condición como amenazante, y cuando esté convencida de la eficacia de la intervención y vea además pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud. Con todo ello, el modelo establece que la probabilidad de realizar una acción de salud está en función de la intención de la persona de llevarla a cabo. Dicha intención está determinada por la amenaza que la persona percibe que representa para ella la enfermedad. Esa amenaza, a su vez, estaría determinada por la susceptibilidad a la enfermedad percibida por la persona, por la percepción de

gravidad de las consecuencias de tener la enfermedad, por las claves para la acción que disparan la conducta de salud (campañas en medios de comunicación, consejos de otras personas, recordatorio de los médicos, etc.), y por las variables demográficas y psicosociales. Además, la probabilidad de que una persona lleve a cabo una conducta de salud está determinada por la evaluación que la persona hace de dicha conducta en términos de beneficios (reducir la susceptibilidad y/o gravedad) y costes (físicos, económicos, etc.) (en Rodríguez, 1995). Posteriormente, Kasl y Cobb (1966) reformularon el modelo introduciendo modificaciones relativas a la probabilidad que tiene una persona de llevar a cabo una conducta de salud en presencia de síntomas, de forma que la incomodidad asociada a los síntomas influiría sobre la percepción de amenaza y directamente sobre la conducta a realizar. Sin embargo, el modelo adolece de investigaciones que determinen la estabilidad de las variables a lo largo del tiempo, las condiciones en que se adquieren las creencias de salud, y la relación de causalidad entre la creencia de salud y la conducta de salud (en Rodríguez, 1995).

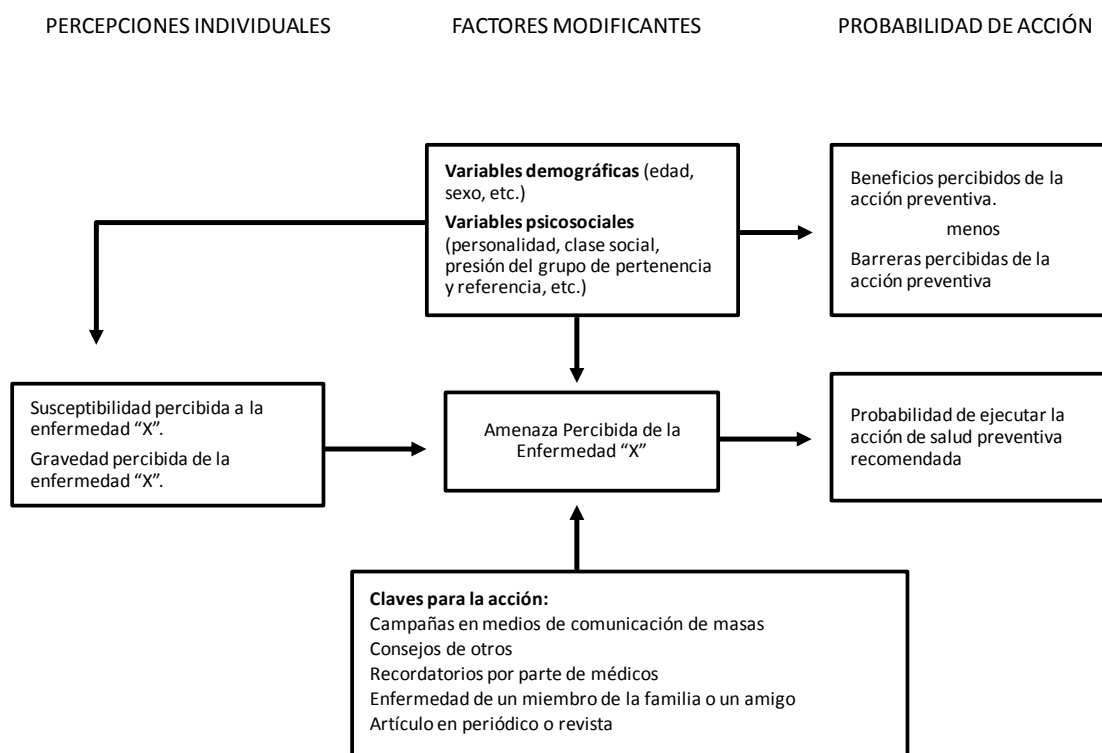


Fig. 1. Modelo de creencias de salud

Otro modelo que también destaca el papel de los factores cognitivos en la conducta de salud es la **Teoría de la acción razonada** (Fishbein, 1967; Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) (ver fig. 2). Según este modelo, la conducta está determinada de forma inmediata por la intención de llevarla a cabo. Dicha intención estaría influida, a su vez, por un factor de carácter personal y otro de carácter social. El primero de ellos lo constituiría la actitud hacia la conducta (evaluación positiva o negativa sobre la realización de la misma), mientras que el segundo lo constituiría la norma subjetiva (percepción que la persona tiene acerca de cómo los demás le presionan para que realice o no la conducta). Asimismo, la actitud hacia la conducta estaría influida por las creencias acerca de los resultados que seguirán a la conducta (creencias conductuales) y la evaluación de dichos resultados. De la misma manera, la norma subjetiva está influida por las creencias de la persona acerca de que los demás piensan que debería o no realizar la conducta (creencias normativas) y la motivación para cumplir con lo que los demás piensan. Los autores del modelo consideran las variables sociodemográficas y las características de personalidad como variables externas, ya que, aunque reconocen su importancia como factores influyentes en la conducta, no los consideran una parte integral de la teoría, dado que su influencia sobre la conducta se produce sólo a través de su influencia sobre los determinantes de la misma (en Rodríguez, 1995).

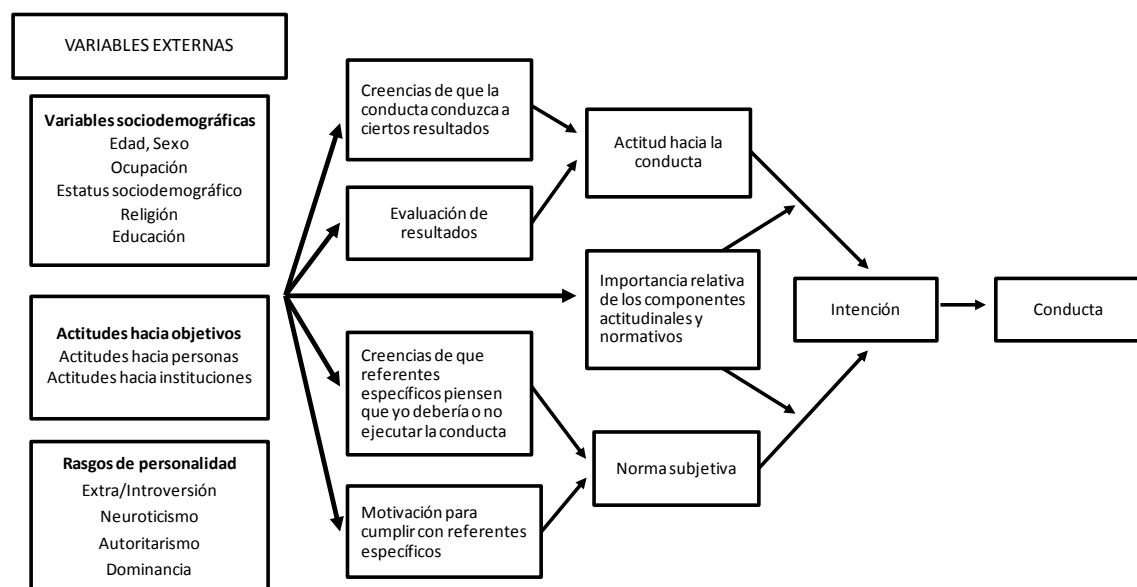


Fig. 2. Teoría de la acción razonada

Es importante destacar también el **Modelo conductual de uso de servicios de salud** (Andersen, 1995) (ver fig. 3). Dicho modelo ha experimentado diversas modificaciones desde su desarrollo hace más de 25 años. En su última versión, establece que la conducta de salud (prácticas saludables personales y uso de servicios sanitarios) está determinada directamente por las características personales (donde se incluyen características que predisponen al uso de servicios sanitarios, recursos facilitadores y necesidad percibida de ayuda), sobre las cuales a su vez influyen las conductas de salud. Dentro de las características predisponentes se encuentran las variables sociodemográficas, la estructura social y las creencias sobre la salud, y dentro de los recursos facilitadores se encuentran aquellas variables personales, familiares y comunitarias que favorecen el acceso a los recursos sanitarios (disponibilidad de recursos sanitarios, información sobre el acceso a los mismos, seguro médico, disponibilidad de tiempo y desplazamiento, apoyo social). El ambiente, constituido por el sistema sanitario y el contexto externo, ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud a través de las características personales. Además, los resultados obtenidos tras una conducta de salud influyen en posteriores conductas de salud y repercuten sobre las características personales.

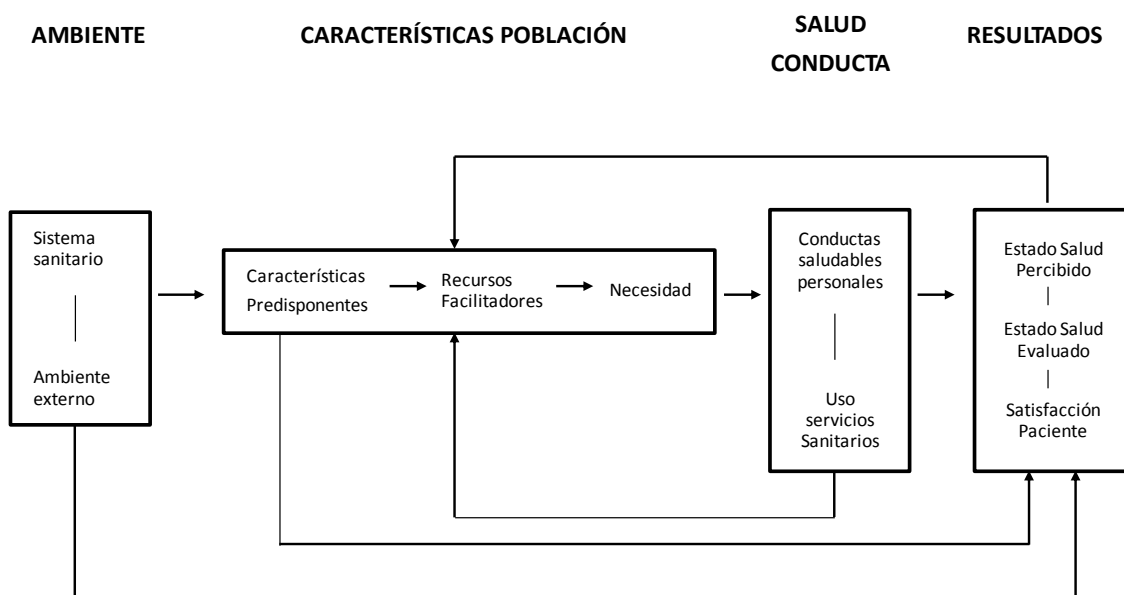


Fig. 3. Modelo conductual de uso de servicios de salud

Mucho más recientemente, Scott, Walter, Webster, Sutton y Emery (2013) elaboraron el **Modelo de rutas hacia el tratamiento** (fig. 4), que ofrece una perspectiva dinámica de la búsqueda de tratamiento debido a la combinación de acontecimientos, intervalos y procesos que pueden ocurrir en el período previo a iniciar el tratamiento médico. Además, el modelo especifica los factores que pueden contribuir a la duración de dicha búsqueda. En primer lugar, los *acontecimientos* son los puntos temporales clave en el recorrido hacia el tratamiento. El modelo destaca la detección de cambios corporales, los motivos percibidos para comentar los síntomas con un profesional sanitario, la primera consulta con un profesional sanitario, el diagnóstico y el inicio de tratamiento. En segundo lugar, los *intervalos* son los períodos de tiempo entre acontecimientos. El modelo distingue el intervalo de valoración (tiempo desde la detección de cambios en el cuerpo hasta la percepción de motivos para comentar los síntomas con un profesional sanitario), el intervalo de búsqueda de ayuda (tiempo desde la percepción de motivos para comentar los síntomas con un profesional sanitario hasta la primera consulta con dicho profesional), el intervalo diagnóstico (tiempo entre la visita con un profesional sanitario hasta el diagnóstico) y el intervalo pre-tratamiento (tiempo entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento). Por último, los *procesos* son cogniciones, emociones, conductas y acciones organizativas y estructurales que ocurren entre los intervalos y que dan lugar al siguiente acontecimiento. En el modelo se especifican los siguientes procesos: 1) el proceso durante el intervalo de valoración, en el cual los cambios corporales son valorados y se inician respuestas diferentes a la búsqueda de ayuda. La malinterpretación de los síntomas y el automanejo pueden ser un factor clave en la demora en la búsqueda de ayuda. El contexto social y cultural es muy importante en este intervalo; 2) el proceso durante el intervalo de búsqueda de ayuda, en el cual se decide consultar con un profesional sanitario. En el modelo se enfatiza que, durante este proceso, percibir un motivo de consulta no significa necesariamente que la persona quiera o vaya a hacerlo; 3) el proceso durante el intervalo diagnóstico, en el cual se produce la valoración profesional, el análisis, las derivaciones y las visitas. La valoración puede estar sujeta a errores o sesgos que dan lugar a problemas diagnósticos, a descartar síntomas o a no llegar a un diagnóstico; 4) el proceso durante el intervalo pre-tratamiento, en el cual se produce la planificación y organización del tratamiento. Dicho proceso depende de la disponibilidad y organización del sistema sanitario y de la decisión del paciente, ya que no siempre el tratamiento está disponible o es aceptado por el paciente. Finalmente el modelo distingue como *factores contribuyentes*, los

factores del paciente (características individuales y contexto social y cultural), los factores sanitarios (aspectos de los servicios sanitarios que influyen en las decisiones y conducta del paciente y de los profesionales) y los factores de la enfermedad (aspectos clínicos y fisiológicos). Los factores contribuyentes determinan la velocidad y dirección con las que la persona progresa en el recorrido hacia el tratamiento y son cruciales en la comprensión de la demora en el diagnóstico y tratamiento.

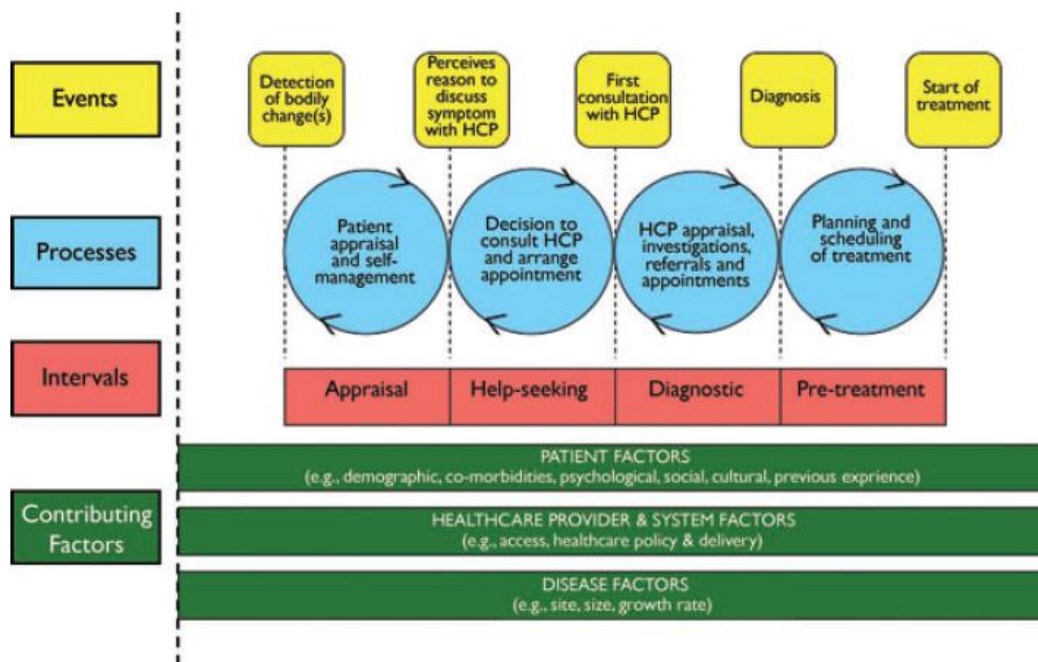


Fig. 4. Modelo de rutas hacia el tratamiento

BÚSQUEDA DE AYUDA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL

En el área de la salud mental apenas se han elaborado modelos que aúnen y relacionen las distintas variables que participan en el proceso de búsqueda de ayuda, aunque sí se han realizado esfuerzos por destacar los factores más importantes y plantear la relación entre algunos de ellos. En este apartado se recopilan los más relevantes.

A la hora de establecer las circunstancias que llevan a una persona a solicitar ayuda por un trastorno mental, cabe tener en cuenta en primer lugar las **variables sociodemográficas**, ya que no todas favorecen dicha solicitud. Las mujeres presentan una mayor tendencia a buscar ayuda (Andrews et al., 2001a; Andrews, et al., 2001b; Oliver, Pearson, Coe y Gunnell, 2005; Verhaak, 1995), probablemente por la mayor influencia que sobre ellas tienen las actitudes positivas hacia el tratamiento (Leaf, Bruce y Tischler, 1986). Asimismo, el tener una edad entre los 24 y los 54 años (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b) se ha relacionado con una mayor solicitud de tratamiento, aunque también se ha visto que los adultos mayores tienen actitudes y creencias positivas hacia la búsqueda de ayuda y hacia el tratamiento (Mackenzie, Scott, Mather y Sareen, 2008). De la misma manera, estar separado/divorciado o viudo (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b; Issakidis y Andrews, 2002), estar en situación de desempleo (Verhaak, 1995) y tener un nivel educativo alto (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b) contribuyen a solicitar ayuda profesional.

Por otra parte, es importante considerar el **tipo de trastorno**. Olfson, Kessler, Berglund y Lin (1998), en un estudio de screening sobre trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta adictiva, encontraron que las personas con este último tipo de trastorno presentaban la probabilidad más baja de búsqueda de tratamiento durante el primer año de evolución del trastorno, mientras que las personas con trastorno de pánico presentaron la probabilidad más alta de búsqueda de ayuda profesional en ese mismo período. Por su parte, The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Bijl y Ravelli, 2000) encontró que, dentro de todos los trastornos mentales analizados, la mayor solicitud de tratamiento provino de las personas con trastornos de la conducta alimentaria en un porcentaje del 64%, seguido de las personas con trastornos del ánimo con un porcentaje del 63,8%. En menor proporción lo hicieron las personas con esquizofrenia y trastornos de ansiedad, con un 46,7% y un 40,5%, respectivamente. Así mismo, un bajo porcentaje de

búsqueda de ayuda presentaron las personas con trastorno por consumo de drogas y alcohol con un 37,1% y un 17,5% respectivamente. Tras controlar la influencia de la edad, el sexo y la comorbilidad, los trastornos del ánimo (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar) fueron los que más predijeron la búsqueda de ayuda, mientras que los trastornos por consumo de alcohol y otras drogas no predijeron dicha búsqueda. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b) encontró que las personas que presentaban más probabilidad de pedir ayuda tenían un alto grado de neuroticismo y trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad y, en menor medida, un trastorno por consumo de sustancias. Así mismo, Issakidis y Andrews (2002), en un estudio de screening con personas con trastornos de ansiedad y con cuadros de ansiedad subclínicos, sin llegar a encontrar una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de consulta entre los distintos trastornos, los que solicitaron más tratamiento fueron los que tenían el diagnóstico de trastorno de pánico (68%), fobia social (61,6%), TAG (58,9%) y TEPT (65,4%), mientras que los que menos tratamiento solicitaron fueron los diagnosticados de agorafobia (42,1%) y TOC (41,7%). Sin embargo, Bijl y Ravelli (2000) no observaron esa misma tendencia, encontrando que la agorafobia, el TOC, el trastorno de pánico y el TAG se relacionaron con una mayor búsqueda de ayuda en comparación con la fobia específica y la fobia social.

Además del tipo trastorno, es muy significativa la **gravedad** del mismo (Bebbington, Brugha, Meltzer, Jenkins, Ceresa et al., 2000) y la **interferencia en el funcionamiento cotidiano** que genera (de Weert-van Oene, Havenaar y Schrijvers, 2009; Issakidis y Andrews, 2002). En el estudio de Alonso, Buron, Rojas-Farreras, de Graaf, Haro, et al. (2009), un 44,4% de las personas con trastorno mental (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y abuso/dependencia de alcohol) presentaron interferencia durante el año previo al estudio. Además, se ha comprobado que el malestar emocional y la interferencia generados por el trastorno mental tienen un impacto muy negativo sobre la calidad de vida de los pacientes (Guan et al., 2011). Rapaport, Clary, Fayyad y Endicott (2005) analizaron el impacto de los trastornos depresivos y de ansiedad sobre la calidad de vida, constatando un deterioro grave en más de la mitad de los sujetos que presentaban trastornos depresivos y trastorno de estrés postraumático. En todos los casos, la gravedad de los síntomas fue un predictor del deterioro en la calidad de vida. Diferentes estudios han encontrado que las personas que presentaban más probabilidad de pedir ayuda eran aquellas con alto nivel de interferencia (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b).

Cabe destacar que los trastornos de ansiedad son el grupo de trastornos mentales más frecuente con un 18,1% de prevalencia anual (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005) y un 28,8% de prevalencia vital (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas et al., 2005). Asociado a su presencia, los pacientes manifiestan un importante deterioro en su calidad de vida y en su funcionamiento psicosocial, estando especialmente afectadas las áreas laboral, social y de ocio y el sentimiento de autorrealización (Cramer, Torgersen y Kringlen, 2005; Mendlowicz y Stein, 2000; Quilty, Van Ameringen, Mancini, Oakman y Farvolden, 2003). Aunque dicho deterioro está presente tras controlar el efecto de las variables sociodemográficas, la salud física y la comorbilidad con otros trastornos (Cramer et al., 2005), se ha comprobado que se incrementa con el diagnóstico comórbido de trastorno depresivo (Quilty et al., 2003). Sin embargo, no todos los trastornos de ansiedad tienen el mismo impacto sobre la calidad de vida. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el TOC y el trastorno de pánico (TP) se han relacionado con un mayor deterioro global de la calidad de vida, mientras que la agorafobia y la fobia específica se han asociado con un menor deterioro y la fobia social con un nivel de deterioro intermedio (Cramer et al., 2005). Otros estudios, sin embargo, han encontrado que únicamente el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se relacionó de manera independiente con una baja calidad de vida, reflejándose en una peor salud física y en un reducido bienestar psicológico (Guan et al., 2011). Así mismo, Beard, Weisberg y Keller (2010) hallaron que el TEPT y la comorbilidad de los trastornos de ansiedad con el trastorno depresivo mayor (TDM) se asociaron más fuertemente con una interferencia en la calidad de vida.

Ante la presencia de un trastorno mental, con su consiguiente interferencia, la persona inicia un proceso de valoración de su problema mental y de la conveniencia de recibir ayuda que, según Saunders (1993), comienza con el reconocimiento del problema y finaliza con la puesta en contacto con el servicio de Salud Mental, siendo el **reconocimiento del problema** el paso que mayor dificultad presentó, de forma que el 35,6% de la muestra manifestó haberle costado más de un año. En la misma línea, Siegrist, (1995) (fig. 5) estableció que la solicitud de ayuda profesional es la última etapa dentro del proceso de búsqueda de ayuda, el cual es considerado como un proceso de toma de decisión compuesto por cuatro etapas. Dichas etapas son la percepción de síntomas, la búsqueda de información en el entorno social próximo, la derivación al sistema informal de apoyo y la derivación al sistema médico (en Möller-Leimkühler, 2002).

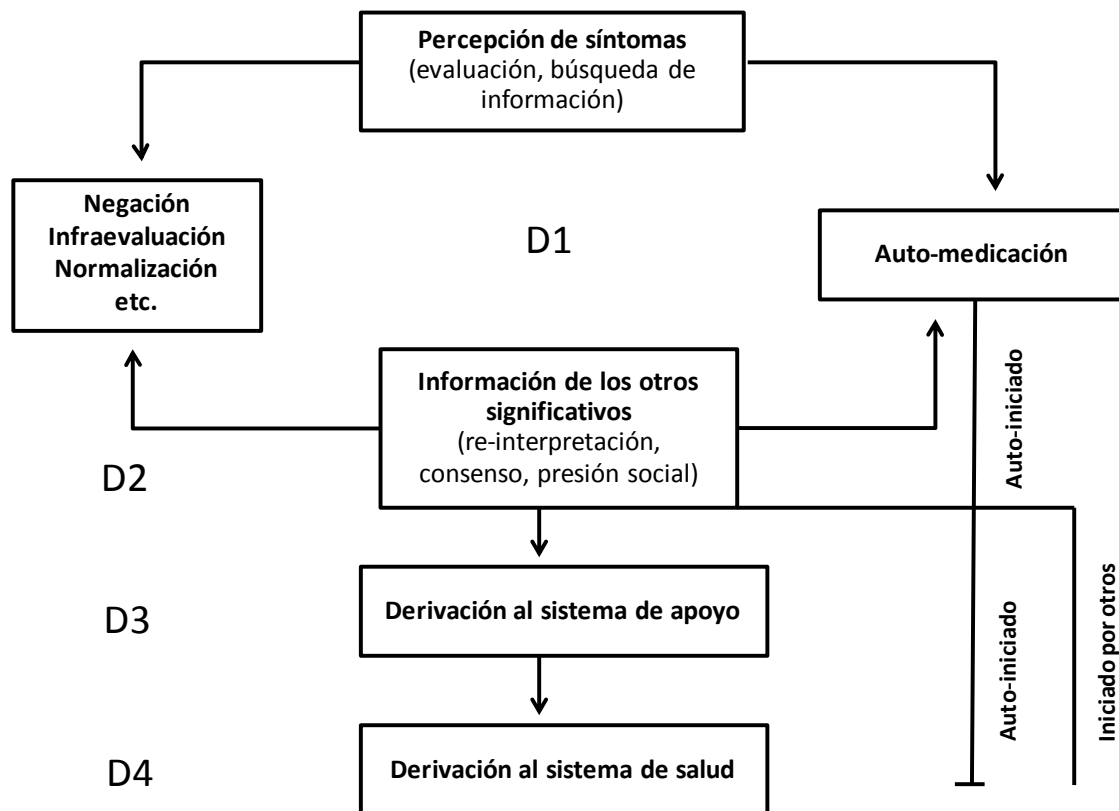


Fig. 5. Etapas de la búsqueda de ayuda (adaptado de Siegrist, 1995)

La percepción de los síntomas es considerada como el punto central del proceso y definida como un modelo complejo de procesamiento de información en el que participan múltiples variables. La relación existente entre la información interna de la persona y las sensaciones emocionales y somáticas está influida por informaciones externas y por una atención corporal selectiva, ambas situadas en un determinado contexto social. El hecho de que dichas sensaciones se atribuyan a síntomas somáticos o emocionales o a una respuesta normal al entorno depende del significado subjetivo de dichas sensaciones, que a su vez está influido por las características de personalidad y las expectativas de rol de género (adaptado y modificado de Gijbers van Wijk y Kolk, 1997, en Möler-Leimkühler, 2002) (fig. 6).

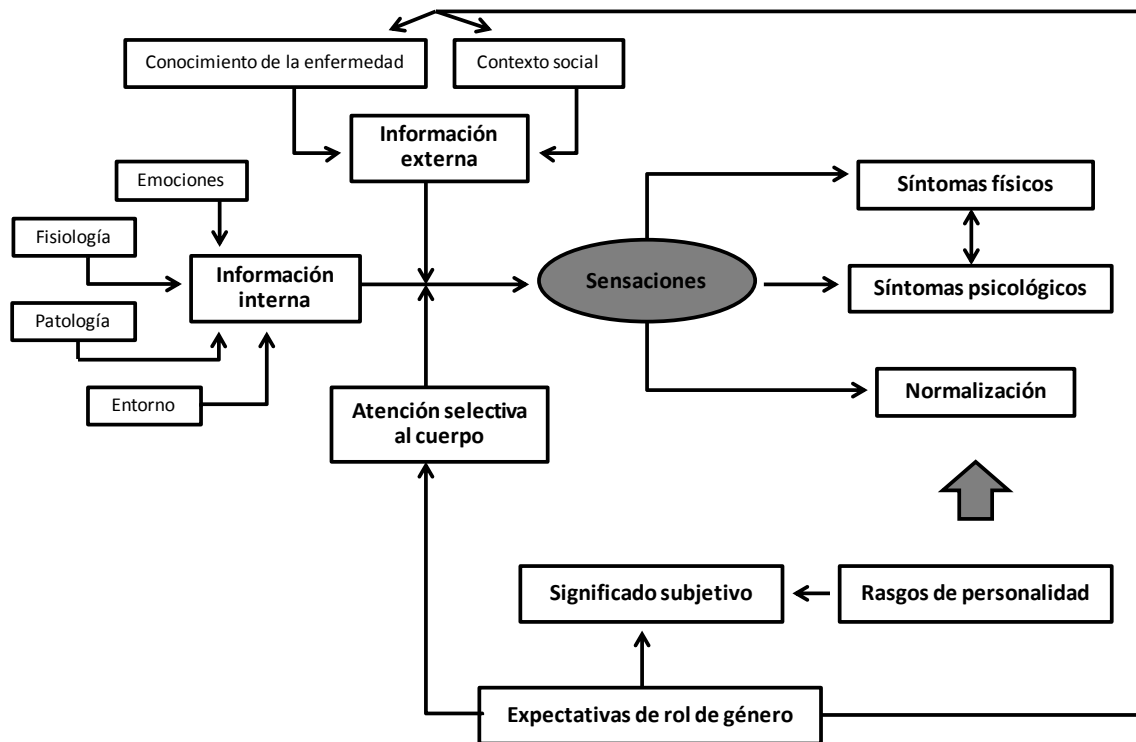


Fig. 6. Modelo de la percepción del síntoma (adaptado y modificado de Gijssbers van Wijk y Kolk, 1997)

En muchos casos, la interpretación que la persona hace de sus síntomas, la vivencia que tiene de los mismos y la actitud hacia el tratamiento están influidas por el concepto de **educación en salud mental**, descrito como los conocimientos y creencias sobre los trastornos mentales que ayudan a su reconocimiento o prevención y cuyos componentes son: la habilidad para reconocer trastornos específicos o diferentes tipos de malestar psicológico, el conocimiento y las creencias sobre los factores de riesgo y las causas de los trastornos, los conocimientos y creencias sobre las intervenciones de autoayuda, los conocimientos y creencias sobre la ayuda profesional disponible, las actitudes que facilitan el reconocimiento y la búsqueda de ayuda apropiada, y los conocimientos sobre cómo buscar información sobre la salud mental (Jorm, 2000). En la mayoría de los casos estos conocimientos están enmarcados dentro de la concepción que el contexto social, tanto amplio como

próximo al paciente, tiene de la salud mental. Dicha concepción social determina, en parte, la recomendación que el entorno hace al paciente acerca de buscar ayuda profesional. De hecho, Coles y Coleman (2010) encontraron un porcentaje de recomendación que oscilaba entre un 51,8% y un 82,3% y que se relacionó con la atribución causal de los trastornos, de forma que una atribución del trastorno mental a una organicidad se asoció con una mayor recomendación de búsqueda de ayuda profesional; mientras que una atribución a factores ambientales se asoció con una recomendación de no solicitar ayuda.

Por tanto, el **entorno social** en el que sitúa el paciente juega un papel muy relevante en la búsqueda de tratamiento, tanto para favorecerlo como para entorpecerlo. Respecto a la influencia social positiva, el entorno del paciente contribuye, no solo al reconocimiento del problema, sino también a la solicitud de ayuda profesional. De hecho, Pescosolido, Gardner y Lubell (1998), en un estudio con población clínica, encontraron que el 45,9% de la muestra buscó tratamiento por decisión propia (tanto individual como por recomendación de terceros), el 22,9% lo hizo por coerción y el 31,2% no jugó un papel activo en la búsqueda (ni lo buscaron ni se resistieron, sino que se mostraron ambivalentes). Los pacientes que tenían una red social amplia y cercana presentaron, con más probabilidad, coerción y ambivalencia.

Respecto a la influencia social negativa, cabe destacar el **estigma** hacia las personas con trastorno mental. Un 14,8% de pacientes con trastorno mental percibió estigma, siendo mayor en personas con bajo nivel educativo, casados y desempleados, el cual se asoció a una peor calidad de vida y a más limitación social (Alonso et al., 2009). Es habitual que las personas con trastorno mental sean consideradas como violentas, peligrosas o impredecibles (Link, Phelan, Bresnahan, Stueve y Pescosolido, 1999; Yap y Jorm, 2011), encontrándose una asociación entre el grado de peligrosidad y la distancia social establecida hacia ellos (Link et al., 1999). Dicho estigma no disminuye aún cuando se conoce a la persona con trastorno mental (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer y Rowlands, 2000; Yap y Jorm, 2011). De hecho, cuando la persona con trastorno mental pertenece al entorno cercano, el estigma influye en el tipo y calidad de ayuda que proporciona la población joven, de forma que la consideración de peligrosidad e impredecibilidad propició la búsqueda de ayuda profesional en nombre de la persona, mientras que la distancia social y la consideración de debilidad hicieron que se proporcionara una ayuda menos útil e incluso se favoreciera en menor medida la búsqueda de ayuda profesional (Yap y

Jorm, 2011). Se ha encontrado una menor presencia de estigma en personas mayores de 65 años, sin hallar diferencia en función del género (Crisp et al., 2000). Sin embargo, no solo es importante la consideración social negativa hacia la patología mental, sino también, tal y como resalta el estudio de Corrigan (2004), la interiorización que de ese estigma hacen las personas con trastorno mental. Ese estigma personal les lleva a un deterioro en la autoestima y en el sentimiento de autoeficacia y a sentimientos de vergüenza, que a su vez propician la ocultación del trastorno y la reticencia a solicitar tratamiento.

Cramer (1999), en una muestra de población no clínica, también analizó la influencia de la interferencia, las variables actitudinales y el entorno social, concretamente, el grado de malestar personal, las actitudes hacia la consulta psicológica, el apoyo social y la auto-ocultación. Este estudio estableció un modelo sobre la decisión de buscar ayuda en el que se tenía en cuenta la interrelación entre las variables que anteceden a la búsqueda de ayuda profesional y su influencia directa o indirecta sobre la misma. El modelo, que estadísticamente apareció como idóneo, mostró que era más probable que las personas buscaran ayuda profesional cuando el nivel de malestar era alto y cuando las actitudes hacia el tratamiento eran positivas (siendo mejor predictor éstas últimas). El grado de malestar, a su vez, se incrementaba si el apoyo social era limitado y si existía una tendencia a ocultar a los demás información personal molesta (siendo mejor predictor la ocultación). Por otra parte, era más probable que las personas que tendían a ocultar información personal tuvieran actitudes negativas hacia el tratamiento y una red social limitada (fig. 7). Según el autor, la decisión a la que se enfrentan los ocultadores a la hora de buscar ayuda es compleja. Los ocultadores tienen más dificultades psicológicas, las cuales, si son suficientemente graves, incrementan la probabilidad de buscar ayuda profesional. Por otra parte, la auto-ocultación, aunque de forma más débil, se asoció a una actitud negativa hacia el tratamiento, lo que inhibía la búsqueda de ayuda profesional.

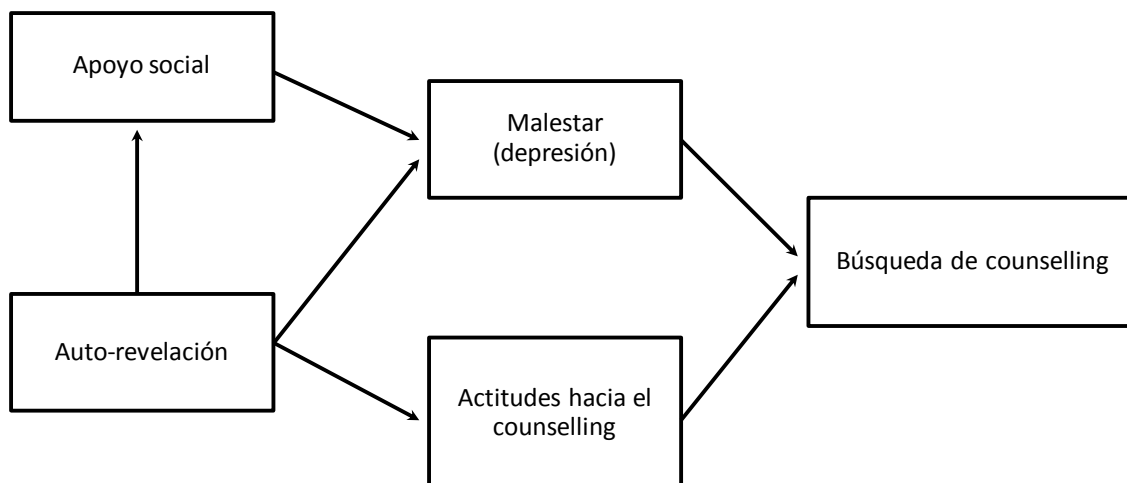


Fig. 7. Modelo hipotetizado

Por otro lado, es importante resaltar que la presencia de un trastorno mental no es un indicador absoluto de la búsqueda de tratamiento. En este sentido llama la atención que, a pesar de la elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad y del deterioro significativo asociado, un alto porcentaje de personas con este tipo de trastornos no solicita tratamiento. De hecho, Sorsdahl, Blanco, Rae, Pincus, Narrow et al. (2013) encontraron que, entre toda la muestra clínica estudiada, solo un 11,4% recibió como diagnóstico principal un trastorno de ansiedad. Los autores consideran que este porcentaje es muy bajo en comparación con la prevalencia de estudios epidemiológicos, por lo que les lleva a concluir que hay un infra-diagnóstico y por tanto un infra-tratamiento. Es por ello, que de cara a analizar la solicitud de tratamiento no solo hay que tener en cuenta la presencia de un trastorno mental, sino también la **percepción de necesidad de la ayuda profesional** (Rabinowitz, Gross y Feldman, 1999; Meadows, Burgess, Fossey y Harvey, 2000; Meadows, Burgess, Bobevski, Fossey, Harvey et al., 2002), en la cual a su vez influyen variables sociodemográficas, clínicas y actitudinales, y que puede o no desembocar en la búsqueda de tratamiento. Chartier-Otis et al. (2010), en un estudio con pacientes con trastorno de pánico y agorafobia y fobia social, encontraron que un 69,9% de la muestra informó de haber tenido uno o más períodos en los que no recibieron tratamiento a pesar de reconocer la necesidad del mismo. Por otra parte, Issakidis y Andrews (2002) encontraron que un 79% de la muestra, constituida por personas con trastornos de ansiedad y con cuadros

de ansiedad subclínicos, no solicitó tratamiento a pesar de que un 23% pensó que lo necesitaba.

Meadows et al. (2002) encontraron que la percepción de necesidad se asociaba con el diagnóstico de trastorno afectivo, con la comorbilidad con un trastorno de ansiedad y con la interferencia secundaria al trastorno, mientras que los pacientes con trastornos por consumo de sustancias presentaron baja percepción de necesidad. En la misma línea, Codony, Alonso, Almansa, Bernert, de Girolamo, et al. (2009) en un estudio perteneciente al European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project, realizado con personas con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o trastornos por consumo de alcohol, observaron que el 33% de las personas con trastorno mental presentó, durante el año previo al estudio, una percepción de necesidad de ayuda, siendo mayor en los trastornos depresivos (50,3%), seguidos de los trastornos de ansiedad (30,7%) y de los trastornos por consumo de alcohol (17,9%). El porcentaje ascendía al 43,6% si a la presencia de trastorno mental se añadía una interferencia significativa en el funcionamiento cotidiano. La percepción de necesidad de ayuda se asoció con tener una edad entre 35 y 49 años, con ser mujer, con la presencia de trastorno mental y con una mayor gravedad del trastorno e interferencia secundaria al mismo. La importancia de la percepción de necesidad de ayuda, más allá de la mera presencia de un trastorno mental, quedó reflejada en el estudio de Katz, Kessler, Frank, Leaf, Lin et al. (1997), en el cual la presencia de un trastorno mental, sobre todo afectivo, la autovaloración de una pobre salud mental y la interferencia secundaria a la patología mental predijeron la búsqueda de tratamiento en la USM en mayor medida en personas sin percepción de necesidad. En personas con dicha percepción de necesidad, las variables de patología mental tuvieron poca influencia. Esto es explicado por los autores por el hecho de que, en ausencia de necesidad percibida, la sintomatología clínica y sus consecuencias llaman la atención en los demás, promoviendo éstos la búsqueda de ayuda.

A pesar de que la percepción de necesidad por parte del paciente fue predictor de la búsqueda de tratamiento en la USM y el servicio de urgencias (Elhai, Voorhees, Ford, Min y Frueh, 2009; Rabinowitz et al., 1999), Codony et al. (2009) establecieron que la necesidad percibida de ayuda era necesaria, pero no suficiente, para poner en marcha la conducta de solicitud de ayuda.

Así mismo, el estudio The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b) observó que, dentro del grupo que no solicitó tratamiento, un 59% no valoró la necesidad del mismo. Entre los que sí lo valoraron, la mayoría justificaron la no búsqueda de tratamiento por una necesidad de manejar por sí solos el problema.

Por otra parte, Rabinowitz et al. (1999), en un estudio de screening, encontraron que la percepción de necesidad estaba más presente en mujeres, aunque los predictores de esa percepción fueron tener una edad entre 35-55 años y estar separado/divorciado, tener una enfermedad crónica y, en los hombres además, tener un nivel socioeconómico bajo. Sin embargo, sólo un 31,4% de los hombres y un 41,6% de las mujeres que percibieron la necesidad buscaron ayuda profesional. La principal razón fue querer solucionar el problema por sí mismos, aunque en menor medida también se argumentó no sentirse cómodo con la ayuda, tener poca confianza en el sistema sanitario y problemas económicos.

De la misma manera, Meadows et al. (2000a) encontraron que un 6,3% de las personas con diagnóstico de trastorno mental percibieron la necesidad de ayuda y buscaron tratamiento. Un 3,6% de los que presentaron trastorno mental percibieron ayuda pero no buscaron tratamiento. Un 7,4% de los que presentaron trastorno mental ni percibieron ayuda ni buscaron tratamiento. Sólo un 0,4% recibieron tratamiento sin percibir la necesidad.

Todos estos datos confirman el hecho de que el inicio de búsqueda de ayuda no siempre finaliza en la solicitud de tratamiento en Salud Mental. De hecho, Saunders (1993) estableció que la búsqueda de tratamiento en Salud Mental es una estrategia entre las muchas que los sujetos utilizan para solucionar el problema, recurriendo con frecuencia a la psicoterapia solo cuando los recursos alternativos se han agotado. Este autor encontró que la mayoría de la muestra clínica de su estudio, previo a la búsqueda de ayuda profesional, había empleado **estrategias alternativas** como intentar solucionar el problema por sí mismos, mantenerse ocupados, ignorar o negar el problema, leer manuales de autoayuda, esperar a que se pasara, consumir algún tipo de sustancias o buscar ayuda informal.

Varias de las variables comentadas hasta el momento quedan, de alguna manera, apresadas en el modelo de Biddle, Donovan, Sharp y Gunnell (2007), denominado el ciclo de evitación, en el que se explica de una forma dinámica la

ausencia de búsqueda de ayuda en adultos jóvenes con patología mental (fig. 8). En él se concede una especial importancia al significado social de la patología mental y de la búsqueda de ayuda. Las personas con problemas de salud mental se resisten a aceptar que tienen un “malestar real”, por lo que continuamente reinterpretan sus síntomas y los normalizan. Esta situación provoca un movimiento constante del umbral que delimita la necesidad de ayuda. Además, el significado social de recibir ayuda (vinculado al estigma) es negativo y genera, por tanto, una respuesta de evitación, tanto del significado de los síntomas como de la búsqueda de ayuda.

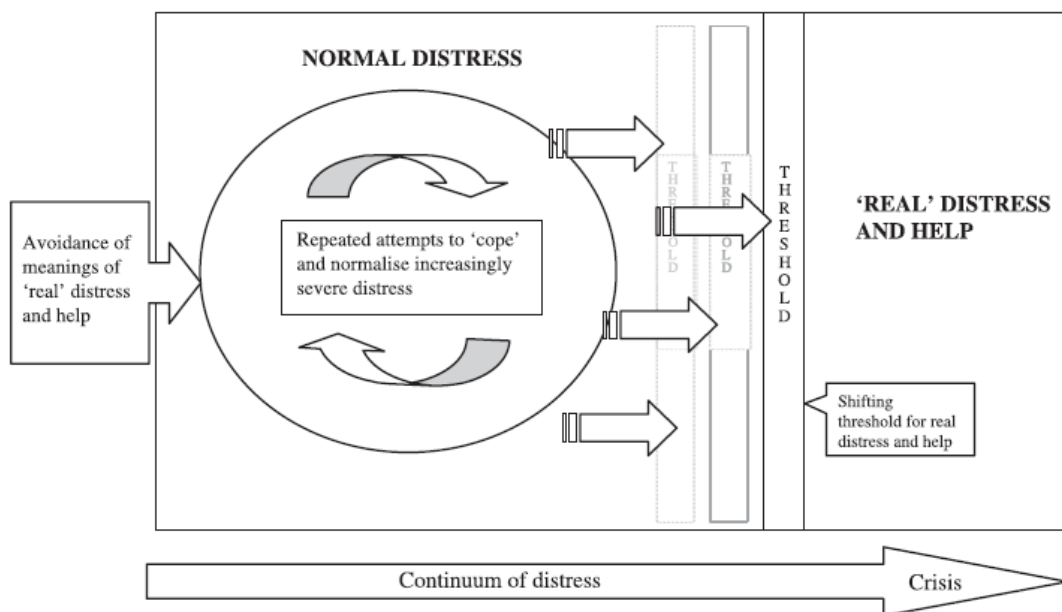


Fig. 8. El ciclo de evitación

Por último, cuando finalmente la persona se muestra receptiva al **tratamiento**, son diversos los recursos a los que se accede. En el estudio de Bijl y Ravelli (2000), se comprobó que en todos los cuadros clínicos, los recursos en los que se buscó dicha ayuda fueron el MAP, en primer lugar, seguido de la USM, aunque el diagnóstico de esquizofrenia predijo la búsqueda de ayuda únicamente en la USM. Por otra parte, Kessler, Zhao, Katz, Kouzis, Frank et al. (1999) encontraron que un 63,8% de las personas con trastorno mental hicieron uso de servicios sanitarios, de los cuales un

43,7% lo hizo en atención especializada y un 29,2% en medicina general, un 38,6% utilizó recursos de servicios sociales y un 24,3% empleó recursos de autoayuda, siendo más probable que éste último se usara en combinación con otro recurso. La gravedad del trastorno mental y la presencia de comorbilidad se relacionaron con la búsqueda de ayuda, con la frecuencia de visitas, con el número de recursos utilizados y con la recepción de tratamiento en especializada. En un estudio de screening (Oliver et al., 2005), un 81,2% de la muestra mostró una actitud positiva hacia la búsqueda de ayuda, siendo la familia y amigos la fuente de ayuda más mencionada. Respecto a los profesionales sanitarios, el MAP fue el más solicitado y estuvo asociado a tener más edad, tener peor salud y tener un bajo nivel socioeconómico.

Cabe destacar el estudio de McCusker, Boulenger, Boyer, Bellavance y Miller (1997), realizado con pacientes con trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, fobia social, TAG y TOC, en el que se encontró que el elevado uso de servicios médicos era más habitual en pacientes con bajo nivel educativo, con mayor gravedad de la sintomatología ansiosa y con diagnóstico de trastorno de pánico y de agorafobia. Sin embargo, la comorbilidad con un trastorno del ánimo no se asoció con un mayor uso de atención sanitaria. Concretamente, con relación a la búsqueda de tratamiento en Salud Mental, se encontró una asociación positiva con tener un diagnóstico de TOC, pero no se relacionó con la gravedad de la sintomatología de ansiedad. Los autores destacaron la influencia que sobre todos estos resultados pudo tener el hecho de que en la muestra del estudio hubiera una alta prevalencia de trastorno de pánico.

Por último, respecto al tipo de tratamiento recibido, Sorsdahl et al. (2013) encontraron que entre un 45,2 y un 76,9% de la muestra de pacientes con trastornos de ansiedad (TEPT, TAG, TOC, agorafobia, trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad no especificado) recibieron tratamiento farmacológico y psicológico combinado, siendo poco habitual recibir psicoterapia exclusivamente. Dicho tratamiento combinado fue predicho por el estado civil (estar soltero), la presencia de comorbilidad médica, la presencia de problemas laborales y una interferencia elevada en el funcionamiento global.

CAPÍTULO 2.

EVALUACIÓN del PROCESO de BÚSQUEDA de AYUDA

Dado que la búsqueda de ayuda profesional está compuesta por varias etapas, la investigación al respecto ha desarrollado diferentes instrumentos de evaluación, algunos de los cuales se centran exclusivamente en alguna de esas etapas, mientras que otros evalúan gran parte del proceso de búsqueda. Este capítulo hará un recorrido por cada una de las fases del proceso, describiendo el procedimiento de evaluación empleado por los estudios más relevantes.

Evaluación del reconocimiento del problema

Existen muy pocos estudios que hayan evaluado este aspecto. Destaca el estudio epidemiológico de Mond, Hay, Rodgers y Owen (2006), sobre la bulimia nerviosa, en el que se empleó una viñeta que describía el caso de una persona con este trastorno. Se preguntó a los participantes de dicho estudio si creían tener ese mismo problema.

Por otra parte, Schomerus, Auer, Rhode, Luppá, Freyberger et al. (2012) elaboraron el instrumento *Mental Health Problem Appraisal Scale*, compuesto por 5 ítems que se puntúan con una escala tipo Likert de 5 puntos (1=completamente en desacuerdo, 5=completamente de acuerdo). Los ítems son los siguientes: “mis problemas actuales podrían ser los primeros signos de un trastorno mental”, “la idea de mí mismo teniendo un trastorno mental me parece absurda”, “soy el tipo de persona con predisposición a tener un trastorno mental”, “me veo a mí mismo como una persona mentalmente sana y emocionalmente estable”, y “estoy mentalmente estable”.

Evaluación de la necesidad de ayuda

Cabe destacar la existencia de cuestionarios específicos que valoran este aspecto. Meadows, Harvey, Fossey y Burgess (2000) desarrollaron el instrumento *Perceived Need for Care Questionnaire* para valorar la percepción de necesidad de ayuda respecto a la salud mental y si se ha satisfecho dicha necesidad. Este cuestionario valora los recursos utilizados en los últimos 12 meses y cuáles han ido orientados a problemas de salud mental. A aquellos que afirman haber recibido atención para problemas mentales, se les pide que señalen que tipo de intervención han recibido dentro de las categorías ofrecidas en un listado (i.e. medicación, información, psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, counselling, intervención social, ayuda para mejorar rendimiento laboral y gestión del tiempo y ayuda para mejorar el autocuidado y las tareas domésticas), si valoran como adecuada o no cada intervención recibida (i.e. sin necesidad, necesidad completamente satisfecha, necesidad parcialmente satisfecha y necesidad no satisfecha) y, ante las intervenciones inadecuadas, se solicita que señalen la principal razón dentro de un listado de posibles barreras. La relevancia de este instrumento queda reflejada en el uso extendido que de él se ha hecho en la literatura (Andrews et al., 2001b; Issakidis y Andrews, 2002; Prins, Verhaak, van der Meer, Penninx y Bensing, 2009; Seekles, Cuijpers, van de Ven, Penninx, Verhaak et al., 2012).

Así mismo, *The Need Assessment Scale* (de Weert-van Oene et al., 2009) valora la percepción del paciente respecto a sus problemas y consiguiente necesidad de ayuda en 22 áreas vitales. Para cada una de estas áreas se evalúan dos aspectos: si la persona ha experimentado algún problema durante el último mes y si ha experimentado la necesidad de ayuda. La presencia de problemas se valora según una escala tipo Likert de 1 (ningún problema) a 4 (problema grave), mientras que la percepción de necesidad se evalúa sobre una escala de 3 puntos (no necesito ayuda, recibo ayuda suficiente, recibo ayuda insuficiente). El instrumento se compone de 4 subescalas: actividades cotidianas (6 ítems), salud (7 ítems, que incluye salud física y mental e información sobre medicación y tratamiento), interacciones sociales (4 ítems) y participación social (5 ítems).

Por otra parte, otros estudios han empleado un formato de entrevista, en la que se pregunta a la persona si, alguna vez o durante un período de tiempo determinado, sintió la necesidad de ayuda profesional por un problema psicológico, emocional o asociado al consumo de sustancias (Bijl y Ravelli, 2000; Hedden y Gfroerer, 2011;

Rabinowitz et al., 1999). Así mismo, hay estudios en los que se ha evaluado, además, si dicha necesidad fue valorada por uno mismo y/o por recomendación u obligación por parte de otros (Caldeira, Kasperski, Sharma, Vincent, O'Grady et al., 2009; Codony et al., 2009; Katz et al., 1997). La evaluación de la necesidad de ayuda no se ha realizado solo en los casos en que se ha acabado solicitando tratamiento, ya que en muchas ocasiones se ha hecho con personas que, tras haberles preguntado si han consultado con un profesional o recibido tratamiento, respondieron negativamente (Grella, Karno, Warda, Moore y Niv, 2009; Katz et al., 1997; Mojtabai, Olfson y Mechanic, 2002).

Evaluación de la revelación vs. ocultación del problema

La mayoría de los estudios están centrados en analizar la búsqueda de tratamiento o de ayuda sin llegar a diferenciar si dicha búsqueda coincide con la primera vez que la persona habla de su problema o, si previamente a la búsqueda, la persona lo ha revelado a alguien. Es por ello, que predomina una falta de instrumentos y estudios dirigidos a evaluar concretamente esta variable. Destaca el estudio de Becker, Thomas, Franko y Herzog (2005), realizado con una muestra de población con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) subclínico, como el único de los revisados que evalúa específicamente la revelación del problema. En él, se preguntaba si la persona había compartido la preocupación sobre los síntomas o los problemas relacionados con la alimentación o el peso con distintas personas y/o profesionales que se mostraban en un listado. Se preguntaba, además, si la información se dio voluntariamente o en respuesta a una pregunta y si negaron la información a alguien del listado al ser preguntados.

Evaluación de la actitud hacia la búsqueda de tratamiento

Diversos estudios (Lin y Parikh, 1999; Mackenzie et al., 2008; Sareen, Stein, Campbell, Hassard y Menec, 2005; Ten Have, de Graaf, Ormel, Vilagut, Kovess et al., 2010) han explorado este aspecto mediante una entrevista en la que se solicita a la persona que indique si buscaría ayuda profesional en caso de tener un problema emocional grave, el grado de comodidad que sentiría al hablar de problemas personales con un profesional, el grado de vergüenza que sentiría si los amigos supieran que recibe ayuda profesional, qué porcentaje de gente que recibe ayuda

profesional cree que es ayudada y qué porcentaje de gente que no recibe ayuda profesional cree que mejora sola.

En el ámbito de los cuestionarios destaca *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale* (Fischer y Turner, 1970), consistente en un autoinforme de 14 ítems que valora las actitudes hacia la búsqueda de atención en salud mental y que se compone de dos factores, el reconocimiento de la necesidad de ayuda psicoterapéutica y la confianza en el profesional de Salud Mental. Existe una versión abreviada de 10 ítems de Fischer y Farina (1995), validada en población general, y una validación en población clínica realizada por Elhai, Schweinle y Anderson (2008).

Dentro de este apartado, resulta relevante mencionar la evaluación de la intención de buscar ayuda, que, aunque no es exactamente una actitud, lleva implícita una cierta actitud positiva. En este sentido destaca el instrumento autoaplicado *General Help-Seeking Questionnaire* (Wilson, Deane, Ciarrochi y Rickwood, 2005), en el que se pide a la persona que indique el grado de probabilidad con el que solicitaría ayuda por parte de diferentes personas (ayuda informal) y/o profesionales (ayuda formal), que se presentan en un listado, en caso de presentar un determinado problema mental. El cuestionario permite adaptarse a distintos problemas y diferentes fuentes de ayuda (incluido “nadie”). La evaluación se realiza mediante una escala tipo Likert de 7 puntos (1=“extremadamente improbable” a 7=“extremadamente probable”). Así mismo, Barney, Griffiths, Jorm y Christensen (2006), en un estudio con población general sobre el impacto del estigma hacia la depresión, evaluaron la intención hacia la búsqueda de ayuda mediante 5 ítems, cada uno de los cuales hacía referencia a un profesional (MAP, psicólogo clínico, counsellor, psiquiatra y auxiliar). La persona debía indicar, sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (desde “extremadamente improbable” a “extremadamente probable”), la probabilidad de buscar ayuda por parte de cada uno de estos profesionales.

Finalmente, cabe señalar la evaluación de Ng et al. (2008) sobre las creencias de salud ya que lleva implícita una actitud hacia la búsqueda de tratamiento. Dicha evaluación consistía en señalar el grado de ocurrencia o de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones: “la familia es capaz de proporcionar la ayuda necesitada”, “la religión o las creencias espirituales son mi principal fuente de apoyo”, “creo que la enfermedad se puede curar”, “me siento avergonzado por la enfermedad mental”, “me siento cómodo hablando de problemas mentales”, “mi problema se puede solucionar

sin ayuda”, “los fármacos hacen a menudo más daño que beneficio y los profesionales de Salud Mental puede ayudar poco”.

Evaluación de la búsqueda de tratamiento

Una gran cantidad de estudios se han centrado en evaluar exclusivamente este aspecto preguntando si alguna vez la persona había consultado o visitado a un médico u otro profesional o recibido tratamiento por la presencia de trastorno mental objeto de estudio. Dentro de este grupo de estudios, algunos han analizado la búsqueda de ayuda profesional a lo largo de la vida (Galbaud du Fort, Newman y Bland, 1993; Galbaud du Fort, Newman, Boothroyd y Bland, 1999; Mayerovitch, Galbaud du Fort, Kakuma, Bland, Newman et al., 2003; Roness, Mykletun y Dahl, 2005; Subramaniam, Abdin, Vaingankar y Chong, 2012), mientras que otros han acotado el período temporal a los 12 meses previos al estudio (Bebbington, Meltzer, Brugha, Farrell, Jenkins et al., 2000; Lin, Goering, Lesage y Streiner, 1997; Wallerblad, Möller y Forsell, 2012). En muchos casos, aún en aquellos que acotaron la búsqueda de ayuda a los últimos 12 meses, se indicó, además, que se especificara la edad que la persona tenía cuando consultó o recibió tratamiento por primera vez, con la finalidad de calcular así el tiempo de demora o se preguntó por el tiempo que retrasaron la consulta (Christiana, Gilman, Guardino, Mickelson, Morselli et al., 2000; Chong, Abdin, Sherbourne, Vaingankar, Heng et al., 2012; Demyttenaere, Bonnewyn, Bruffaerts, Brugha, De Graaf et al., 2006; Demyttenaere, Bonnewyn, Bruffaerts, De Graaf, Haro et al., 2008; Kessler, Olfson y Berglund, 1998; McCusker et al., 1997; Wang, Angermeyer, Borges, Bruffaerts, Chiu et al., 2007; Wang, Berglund, Olfson, Pincus, Wells et al., 2005).

Por otra parte, hay estudios que incluyen un listado de recursos informales, recursos sanitarios y tratamientos para que la persona señale de qué personas ha recibido ayuda, con qué profesionales ha tenido contacto y qué tratamientos ha recibido (Bijl y Ravelli, 2000; Carragher, Adamson, Bunting y McCann, 2010; Keel, Dorer, Eddy, Delinsky, Franko et al., 2002; Kendler, 1995; Kessler, Frank, Edlund, Katz, Lin et al., 1997; Kessler et al., 1999; Mond, Hay, Rodgers y Owen, 2007; Wallerblad et al., 2012), mientras que otros, mediante pregunta abierta, evalúan los recursos utilizados (Henderson, Pollard, Jacobi y Merkel, 1992; Issakidis y Andrews, 2002; Lin et al., 1997; Ramirez, Ekselius y Ramklint, 2009). En caso de que no hayan buscado ayuda, se pregunta dónde la buscarían (Pollard, Henderson, Frank y

Margolis, 1989). En un reducido número de estudios también se solicita que indiquen si consideraron suficiente el tratamiento recibido (Rabinowitz et al., 1999) o los evaluadores determinan clínicamente la adecuación del tratamiento recibido (Wang et al., 2005b).

Marques, LeBlanc, Weingarden, Timpano, Jenike et al. (2010), en un estudio a través de internet en personas con Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), elaboraron el *Treatment History Questionnaire* (THQ) con el fin de evaluar la historia de tratamiento. En él se solicitaba la edad de inicio del TOC, la edad de inicio del tratamiento, la presencia o no de tratamiento en el momento del estudio, la satisfacción con el tratamiento actual, y que se seleccionara, de un listado, los tratamientos psicoterapéuticos y/o farmacológicos recibidos en el pasado y en el momento del estudio para el TOC u otro trastorno mental.

Evaluación de las barreras y motivaciones

Hay estudios que han empleado un formato de entrevista con la finalidad de, además de evaluar si la persona ha buscado o no ayuda previamente, analizar los motivos que llevaron a demorarlo (Christiana et al., 2000) o los motivos por los que no buscaron dicha ayuda (Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino y Struening, 2002; Lorian y Grisham, 2011; Meltzer, Bebbington, Brugha, Farrell, Jenkins et al., 2003; Rabinowitz et al., 1999; Wells, Robins, Bushnell, Jarosz y Oakley-Browne, 1994). Para ello se ha utilizado tanto el formato de pregunta abierta como la presentación de un listado de posibles motivos, debiendo señalar el entrevistado los que se aplican a su caso. De manera muy específica, Alonso et al. (2009), dentro del European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), preguntaron a la muestra si habían retrasado la búsqueda de ayuda en Salud Mental, si no habían buscado ayuda profesional o si habían abandonado el tratamiento por estar preocupados por lo que la gente pensara o porque pudieran averiguar que estaban en tratamiento por su salud mental.

Respecto a los cuestionarios diseñados para este fin, destaca *Barriers to Help Seeking Scale* (BHSS), desarrollado por Mansfield, Addis y Courtenay (2005). Argumentando que los hombres tienen actitudes más negativas hacia la búsqueda de ayuda y son más reticentes que las mujeres para buscar tratamiento, los autores diseñaron este instrumento autoaplicado dirigido específicamente a valorar las

variables que los hombres identifican como obstáculos para buscar ayuda con relación a problemas de salud tanto física como mental. Consta de 54 ítems, cada uno de los cuales hace referencia a una razón por la que alguien decidiría no buscar ayuda por un dolor persistente en el cuerpo. La puntuación se realiza mediante una escala Likert de 5 puntos. De esos 54 ítems, 44 van dirigidos a la búsqueda de ayuda en general y 8 van dirigidos a barreras específicas respecto a una intervención médica. Este instrumento se compone de 5 subescalas: necesidad de control y autosuficiencia (considerar la búsqueda de ayuda como una amenaza para la autonomía o la habilidad para funcionar de forma independiente), minimización del problema y reasignación (no considerar el problema suficientemente grave), barreras concretas y desconfianza de los cuidadores (falta de seguro, de transporte y de dinero; falta de conocimientos sobre los tipos de ayuda, y desconfianza en los cuidadores), privacidad (se considera que la búsqueda de ayuda puede generar vulnerabilidad física y emocional) y control emocional (la búsqueda de ayuda puede amenazar la habilidad para controlar emociones).

Marques et al. (2010), de forma específica para su estudio, elaboraron el instrumento *Barriers to Treatment Questionnaire* (BTQ), en el que se solicitaba que la persona seleccionara los motivos que influyeron en retrasar o evitar la búsqueda de tratamiento. Para ello se ofrecía un listado en el que se recogían motivos relacionados con la logística y la economía, el estigma, la vergüenza y discriminación, la percepción y satisfacción del tratamiento.

Chartier-Otis et al. (2010) elaboraron el instrumento *Online Survey about Obstacles to Treatment for Anxiety Disorders*, el cual consta de 42 ítems y evalúa: 1) factores predisponentes (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) y facilitadores de la búsqueda de tratamiento (localización geográfica, ayuda de familiares y amigos, y grupo de apoyo) a través de 9 ítems; 2) gravedad del trastorno (síntomas, comorbilidad y frecuencia y duración de los síntomas) a través de 31 ítems; 3) necesidad percibida de tratamiento y barreras hacia el tratamiento, respecto a lo cual se pregunta si en algún momento hubo algún período de tiempo en el que la persona no buscó ni recibió ayuda que necesitaba para sus problemas de ansiedad. Si se responde afirmativamente a esa pregunta se ofrece un listado de 12 motivos para señalar las razones por las que no se recibió dicha ayuda.

Es importante mencionar que, frente al predominio de estudios que analizan los inconvenientes de solicitar tratamiento, no existen estudios que se centren concretamente en analizar los motivos que han contribuido a hacerlo.

Evaluación global del proceso de búsqueda

Existen estudios que analizan de forma más completa el proceso de solicitud de ayuda profesional evaluando varias o la mayoría de etapas que lo componen. En este sentido, The Canadian Community Health Survey Cycle 1.2 (Pagura, Fotti, Katz, Sareen y the Swampy Cree Suicide Prevention Team, 2009) evaluó mediante una entrevista si la muestra había hecho uso de recursos sanitarios durante el año previo al estudio, preguntando además por el tipo de profesionales consultados y el grado de satisfacción con la atención y el tratamiento recibidos. Así mismo, se preguntó por la percepción de necesidad de tratamiento. A aquellos que, a pesar de percibir necesidad de ayuda no recibieron tratamiento, se les pidió que indicaran qué tipo de ayuda creían que necesitaban dentro de un listado de tratamientos ofrecido. Por último, también dirigidos a aquellos que no buscaron tratamiento, se solicitó que señalaran los motivos para no hacerlo de un listado de 13 posibles barreras.

Blumenthal y Endicott (1996), a través de una entrevista realizada a personas con episodio depresivo mayor, analizaron si habían buscado algún tipo de ayuda. A los que no lo habían hecho, se les preguntó por la persona con la que habían hablado del problema y qué le dijeron, qué medidas habían pensado tomar sobre el problema y cuáles habían adoptado y se pidió además que indicaran las razones por las que no habían buscado tratamiento de entre un listado de 43 posibles motivos. A los que sí habían buscado tratamiento, se les pidió que indicaran las razones de entre un listado de 31 posibles motivos, los pasos dados para buscar ayuda, los tratamientos recibidos y si estaban satisfechos con los mismos.

Saunders (1993) utilizó el *Process of Seeking Therapy Questionnaire*, con el cual se valoran las cuatro etapas en las que estructuran el proceso: reconocimiento del problema, valoración positiva de la terapia como modo de solucionar el problema, búsqueda de tratamiento y toma de contacto con la USM. En este cuestionario se solicita que se indique el tiempo de evolución del cuadro clínico a través de una escala tipo Likert (desde “alrededor de una semana” hasta “más de dos años”), el uso de estrategias de afrontamiento alternativas dentro de un listado ofrecido y la persona a la

que le habían contado el problema. Para cada una de las etapas anteriores se valora: la dificultad encontrada (según una escala Likert de 6 punto desde “extremadamente duro” a “extremadamente fácil”), el tiempo transcurrido para conseguirla (según una escala Likert de 6 puntos desde “en seguida” a “más de un año”) y si alguien le ayudó a hacerlo.

The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004), dentro del European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project, evaluaron mediante un cuestionario la búsqueda de tratamiento a lo largo de la vida. Respecto a los pacientes que nunca habían estado en tratamiento, valoraron la percepción de necesidad, el tiempo de demora y las razones de demora mediante pregunta abierta. En los pacientes que sí habían solicitado tratamiento, valoraron los recursos utilizados (tanto formales como informales) mediante la selección en un listado ofrecido, la fecha del primer y último contacto (si este último se produjo en los últimos 12 meses o últimos 30 días) para cada recurso, el número de visitas en el último año para cada recurso, la continuación del tratamiento hasta el momento del estudio, y el tipo de tratamiento.

Thompson, Hunt y Issakidis (2004), mediante un cuestionario autoinformado, diseñado para el estudio, evaluaron los siguientes aspectos: 1) la edad de inicio del problema; 2) la edad del paciente en el momento de contactar por primera vez con un profesional sanitario; 3) la edad del paciente cuando reconoció por primera vez que tenía un problema; 4) el motivo principal que contribuyó a retrasar la búsqueda de ayuda profesional (para aquellos que esperaron más de un mes), para lo cual se dio un listado de 9 posibles razones; 5) el motivo que contribuyó a buscar ayuda, a escoger de un listado de 3 opciones junto con la posibilidad de señalar alguna que no esté especificada; 6) el tipo de profesional con el que contactó por primera vez, a elegir entre 6 opciones o indicar otro profesional no especificado.

Pescosolido et al. (1998) solicitaron a la muestra que contaran su historia acerca de cómo acabaron recibiendo ayuda en el servicio de Salud Mental, ofreciendo de este modo la posibilidad de relatarlo de forma no dirigida. Los autores consideraron que esta forma de evaluar la búsqueda de ayuda impediría que la información quedara distorsionada por preguntas concretas.

Conclusiones

Existen estudios que, a pesar de analizar la búsqueda de ayuda no especifican claramente la forma de evaluarlo o simplemente recogen la información de dicha búsqueda sin preguntar a la muestra (p.e. revisando registros clínicos).

Por otra parte, hay un predominio de estudios dirigidos a evaluar aspectos muy concretos de la búsqueda de tratamiento, centrándose además en un período temporal acotado, por lo que el panorama obtenido es el de una amplia variedad de contenidos concretos, estudiados en muestras muy diversas y con métodos de evaluación dispares. Esta situación dificulta la comparación entre estudios y la obtención de conclusiones generales.

Existe una escasez de estudios que exploren ampliamente el proceso de búsqueda de ayuda. Es por ello, que nuestro equipo de investigación diseñó un instrumento que apresara la complejidad del proceso, combinando preguntas abiertas y cerradas y que pudiera aplicarse a la mayoría de trastornos mentales. En su formato inicial, el instrumento, en forma de entrevista estructurada, se aplicó a un grupo de pacientes con TOC (Belloch, del Valle, Morillo, Carrió y Cabedo, 2009).

CAPÍTULO 3.

EL PROBLEMA de la DEMORA en la BÚSQUEDA de AYUDA en los TRASTORNOS MENTALES

1. El Trastorno obsesivo-compulsivo y la búsqueda de ayuda

1.1. Caracterización clínica del TOC

1.1.1. Clasificación y Consideraciones Diagnósticas

La característica principal del TOC es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos repetitivos, intrusos, indeseados e inaceptables. Casi siempre son molestos, el paciente los reconoce como propios y a menudo intenta, sin éxito, resistirse a ellos. Las compulsiones son conductas manifiestas o actos mentales repetitivos y estereotipados, que se realizan en respuesta a una obsesión para prevenir o reducir el malestar o estrés que produce (APA, 2002). Normalmente, el paciente reconoce este comportamiento como carente de sentido o de eficacia y realiza intentos repetidos para resistirse a ellos.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye el TOC dentro de los Trastornos de ansiedad. De manera distinta, la CIE-10 (OMS, 1993) lo diferencia de los trastornos de ansiedad, situándolo dentro de una categoría más amplia como son los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, donde también se encuentran, entre otros, los trastornos de ansiedad fóbica y otros trastornos de ansiedad, pero constituyendo categorías diagnósticas diferenciadas. El nuevo manual de la APA, DSM-5 (APA, 2014), sigue esta misma tendencia y aunque reconoce la importancia de la psicopatología ansiosa en el trastorno, lo ubica en una nueva categoría de trastornos, diferente a la de los de ansiedad, en la que el TOC es el trastorno organizador (“Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados”). En cuanto a los criterios diagnósticos concretos, son básicamente los mismos que en la anterior edición, con algunas matizaciones menores.

Existen algunas diferencias en los criterios diagnósticos entre el DSM-IV-TR y la CIE-10. Mientras que en ésta última se asocia obsesiones con cogniciones, y compulsiones con actos, el DSM-IV-TR contempla el hecho de que las compulsiones puedan tener un carácter encubierto. Además, el DSM-IV-TR establece una relación funcional entre obsesiones y compulsiones, de forma que las compulsiones tendrían como objetivo reducir o prevenir la ansiedad provocada por las obsesiones. El DSM-IV-TR, asimismo, establece un criterio diferencial respecto a los pensamientos de preocupación o “worry”. Por último, la CIE-10 establece un criterio temporal, inexistente en el DSM-IV-TR.

1.1.2. Epidemiología y curso

Prevalencia

Hasta el año 1980, el TOC era considerado un trastorno raro, con una prevalencia inferior a 0,05% en la población general (Rudin, 1953; en Antony, Downie y Swinson, 1998) y de 0,5% en la población clínica (Coryell, 1981; en Antony et al., 1998). A partir de esa fecha y hasta la actualidad, los estudios epidemiológicos han señalado que el TOC es un trastorno más común de lo que se creía. De esta forma, la prevalencia vital en población general oscilaría entre un 0,5% y un 3% (Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger et al., 2000; Kessler et al., 2005a; Kolada, Bland y Newman, 1994; Robins, Helzer, Weissman, Orvaschel, Gruenberg et al., 1984; Subramaniam et al., 2012) y la prevalencia anual entre un 0,39% y un 2% (Adam, Meinschmidt, Gloster y Lieb, 2012; Grabe et al., 2000; Kessler et al., 2005b; Regier, Narrow, Rae, Manderscheid, Locke et al., 1993; Subramaniam et al., 2012). Por otra parte, en población clínica la prevalencia vital del trastorno se situaría en torno a un 2,5% (APA, 2002; Karno, Golding, Sorenson y Burnam, 1988; Weissman, Bland, Canino, Greenwald, Hwu et al., 1994, en Taylor, 2002), con una prevalencia anual entre el 0,5 y el 2,1% (APA, 2002). Ante estas discrepancias entre prevalencias pasadas y recientes, se habla de una posible infraestimación en el pasado y de una sobreestimación en el presente. Entre las posibles explicaciones, se alude a los diferentes instrumentos de evaluación empleados en el diagnóstico y a la pericia de los entrevistadores.

Por otra parte, no existe un acuerdo respecto a la prevalencia en función del sexo. Mientras unos estudios hablan de una superioridad en mujeres (Weissman et al.,

1994, en Taylor, 2002; Grabe et al., 2000; Robins et al., 1984; Torres, Prince, Bebbington, Bhugra, Brugha et al., 2006), otros hablan de una prevalencia similar (Adam et al., 2012; Faravelli, Degl'Innocenti y Giardinelli, 1989, en Antony et al., 1998; Kolada et al., 1994) y en algún estudio se ha visto más prevalencia en hombres (Sorsdahl et al., 2013).

Respecto a la edad, los estudios ofrecen resultados diversos. Torres et al. (2006) encontraron una mayor prevalencia en la franja de edad comprendida entre los 16 y los 24 años, mientras que Robins et al. (1984) la situó entre los 25 y los 44 años, y Subramaniam et al. (2012) entre los 35 y 49 años.

Con relación al estado civil, se han comprobado la existencia de una mayor prevalencia en personas divorciadas o separadas (Sorsdahl et al., 2013; Subramaniam et al., 2012).

No se han encontrado diferencias en función del nivel educativo (Grabe et al., 2000; Robins et al., 1984; Subramaniam et al., 2012; Torres et al., 2006). Respecto al nivel socioeconómico, hay estudios que tampoco han encontrado diferencias en esta variable (Adam et al., 2012; Subramaniam et al., 2012). Sin embargo, con relación a una variable asociada a esta última como es la situación laboral, los resultados son contradictorios, ya que mientras algunos estudios han obtenido un mayor nivel de desempleo en pacientes con TOC (Grabe et al., 2000; Karno et al., 1988), en otros casos no se han hallado diferencias (Adam et al., 2012).

Curso

Respecto al curso, el trastorno obsesivo-compulsivo suele iniciarse en la adolescencia o principios de la edad adulta. Se han obtenido dos franjas de edad en las que se sitúa un mayor riesgo de inicio, por una parte, entre los 10 y los 19 años (Fontenelle, Fontenelle, Borges, Prazeres, Rangé et al., 2010; Kessler et al., 2005a; Kolada et al., 1994; Mancebo, Grant, Pinto, Eisen y Rasmussen, 2009), y por otra entre los 20 y los 29 años (Cherian, Narayanaswamy, Srinivasaraju, Viswanath, Math et al., 2012; Grabe et al., 2000; Karno et al., 1988; Kolada et al., 1994; Subramaniam et al., 2012; Wang, Cui, Wang, Fan, Xu et al., 2012). Existen también casos de inicio en la infancia, siendo rara su aparición a partir de los 50 años (Ingram, 1961, en Antony et al., 1998; Jenike, 1991, en Antony et al., 1998; Kolada et al., 1994). La edad de inicio difiere en función del sexo, siendo en general menor en los hombres que en

las mujeres. Así, según el DSM-IV-TR (APA, 2002), el inicio en los hombres se situaría entre los 6 y los 15 años y en las mujeres entre los 20 y los 29 años. Sin embargo, hay estudios que establecen un inicio más temprano en mujeres (Kolada et al., 1994) y otros que no encuentran diferencias (Karno et al., 1988). Maina, Albert, Salvi, Pessina y Bogetto (2008) establecieron los 10 años como punto de corte del inicio temprano y los 17 años como punto de corte de un inicio más tardío, estableciendo características diferenciales entre ambos grupos. El grupo de inicio temprano se caracterizaría por un predominio de pacientes solteros y con un mayor nivel educativo, por un inicio insidioso y un curso crónico, por más prevalencia de obsesiones de contenido religioso y compulsiones de repetición y contaje, y por más comorbilidad con el trastorno bipolar tipo I y con el trastorno obsesivo de personalidad.

Rosario-Campos, Leckman, Mercandante, Shavitt, Prado et al. (2001) realizaron un estudio con el fin de analizar si la edad de inicio de los síntomas constituía un criterio para el establecimiento de subtipos de TOC. Para ello analizaron si existían diferencias en determinadas variables clínicas en 42 pacientes adultos. Se estableció como 10 años el límite superior de edad del grupo de inicio temprano y 17 años el límite inferior del grupo de inicio tardío. No se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables sociodemográficas. Por lo que respecta a las variables clínicas, los pacientes con inicio temprano presentaron un inicio previo de las compulsiones respecto a las obsesiones (el inicio de las obsesiones y compulsiones fue similar en el grupo de inicio tardío) y mayor gravedad sintomatológica debido a una mayor puntuación en la subescala de compulsión. No hubo diferencias respecto a sintomatología ansiosa y depresiva. El grupo de inicio temprano presentó más “compulsiones similares a tics”, más compulsiones de acumulación, más compulsiones de repetición y más fenómenos sensoriales precediendo a los comportamientos repetitivos. En relación a la comorbilidad, el grupo de inicio temprano presentó mayor comorbilidad con trastorno de tics y trastorno de Gilles de la Tourette. Además, se observó menor respuesta al tratamiento farmacológico estándar en pacientes con inicio temprano.

Por otra parte, hay estudios que han situado los 18 años como punto de corte (Pinto, Mancebo, Eisen, Pagano y Rasmussen, 2006; Wang et al., 2012). Wang et al. (2012) encontraron que en el grupo de pacientes con inicio temprano había más proporción de hombres, mayor proporción de pacientes no casados y menos nivel educativo. Sin embargo, Pinto et al. (2006) no obtuvieron diferencias en las variables

sociodemográficas, salvo una mayor edad en el grupo de inicio tardío. Respecto a variables clínicas, Wang et al. (2012) encontraron que el grupo de inicio temprano presentaba mayor duración del TOC, más comorbilidad y mayor nivel de ansiedad y depresión. Por su parte, Pinto et al. (2006) no encontraron diferencias en el curso del TOC, la gravedad, el nivel de insight, el grado de interferencia en el funcionamiento, la presencia de sintomatología depresiva ni la presencia de tics. Sin embargo, sí hallaron una mayor comorbilidad con el trastorno de pánico, con los trastornos de la conducta alimentaria y con el trastorno obsesivo de personalidad en el grupo de inicio temprano. Respecto a la tipología de la sintomatología obsesivo-compulsiva, Wang et al. (2012) obtuvieron que el grupo de inicio temprano presentaba obsesiones más graves, más obsesiones sexuales, de simetría y orden, y más compulsiones de lavado y limpieza. Pinto et al. (2006) no encontraron diferencias en el tipo de obsesiones presentes al inicio del TOC, pero sí una mayor presencia, en el grupo de inicio temprano, de rituales de repetición y orden en las compulsiones iniciales, y más presencia en el momento del estudio, también en el grupo de inicio temprano, de obsesiones agresivas y religiosas y de compulsiones de repetición. Respecto a los antecedentes familiares ambos estudios encontraron en el grupo de inicio temprano mayor presencia de antecedentes psicopatológicos familiares, tanto de patología mental general (Wang et al., 2012) como de TOC (Pinto et al., 2006).

El TOC presenta en la mayoría de los sujetos un curso crónico, con exacerbaciones de los síntomas coincidiendo con situaciones estresantes. Sin embargo, un 5% de los casos sigue un curso episódico, con remisión parcial o total del cuadro entre los episodios.

Se ha comprobado la influencia del estrés sobre el TOC. En el estudio de Real, Labad, Alonso, Segalàs, Jiménez-Murcia et al. (2011), el 37,4% de los pacientes identificaron que el inicio del TOC era precedido por un acontecimiento vital estresante, siendo los más frecuentes aquellos relacionados con el área familiar y social, con la salud y con los estudios y el trabajo. Los pacientes con inicio precedido por un acontecimiento estresante se caracterizaron por presentar un inicio más tardío del TOC, por más complicaciones obstétricas, por más síntomas de contaminación/limpieza y con menos historia familiar de TOC.

1.2. La demora en la búsqueda de ayuda en el TOC

1.2.1. Introducción

El TOC es considerado el trastorno más grave dentro de los trastornos de ansiedad (Kessler et al., 2005b), pues genera un elevado deterioro en la calidad de vida y en el funcionamiento psicosocial, afectando principalmente a las relaciones sociales o interpersonales (Bobes, González, Bascarán, Arango, Sáiz et al., 2001; Eisen, Mancebo, Pinto, Coles, Pagano et al., 2006; Rapaport et al., 2005; Rodríguez-Salgado, Dolengevich-Segal, Arrojo-Romero, Castelli-Candia, Navio-Acosta et al., 2006; Stengler-Wenzke, Kroll, Matschinger y Angermeyer, 2006; Subramaniam et al., 2012; Torres et al., 2006), al bienestar psicológico/subjetivo (Eisen et al., 2006; Stengler-Wenzke et al., 2006), al área emocional (Bobes et al., 2001; Rodríguez-Salgado et al., 2006; Subramaniam et al., 2012), a la salud mental (Bobes et al., 2001; Rodríguez-Salgado et al., 2006), a las áreas laboral, doméstica y de ocio (Eisen et al., 2006; Rapaport et al., 2005; Subramaniam et al., 2012; Torres et al., 2006), a la vitalidad (Bobes et al., 2001) y a la salud general (Bobes et al., 2001; Subramaniam et al., 2012). Por su parte, Cramer et al. (2005) encontraron que el mayor deterioro en el TOC se encontraba en la falta de apoyo social respecto al trastorno.

Hollander, Kwon, Stein, Broatch, Rowland et al. (1996), en un estudio con población clínica con TOC, encontraron que el 92% de la muestra presentaba baja autoestima, el 73% interferencia en las relaciones familiares, el 62% bajo número de amigos o dificultad para mantenerlos, el 58% bajos logros académicos, el 66% bajas aspiraciones laborales, el 47% interferencia en el trabajo, el 40% incapacidad para trabajar y el 13% intentos de suicidio secundarios a sintomatología obsesivo-compulsiva.

Bobes et al. (2001) compararon la calidad de vida de pacientes con TOC con la de pacientes con otras patologías. Respecto a pacientes con trastorno depresivo y con dependencia a heroína, los pacientes con TOC presentaban más deterioro en el funcionamiento social, en el rol emocional y en la salud mental. Respecto a pacientes con esquizofrenia, éstos presentaron mayor deterioro en funcionamiento físico, rol físico y salud general; sin embargo, los pacientes con TOC presentaron, según la valoración clínica, más deterioro en las áreas social y ocupacional. Esto contrasta con la consideración tradicional de la esquizofrenia como el trastorno mental más incapacitante.

Según Stengler-Wenzke et al. (2006) dicho deterioro en la calidad de vida es consecuencia de una preocupación por las obsesiones y/o compulsiones, que suelen ser valoradas como incomprensibles y repugnantes y que restringen el funcionamiento cotidiano. Además, el paciente demanda que familiares y amigos participen en los rituales, generando frecuentes conflictos interpersonales. Todo ello, en la mayoría de ocasiones, asociado con una comorbilidad con un trastorno depresivo y abuso de sustancias y con sentimientos de culpa, vergüenza y de rechazo social.

Se ha comprobado que el deterioro en la calidad de vida está influido por el estado civil (Eisen et al., 2006), la gravedad general del TOC (Eisen et al., 2006; Rodríguez-Salgado et al., 2006; Vorstenbosch, Hood, Rogojanski, Antony, Summerfeldt et al., 2012) y la comorbilidad con la depresión (Eisen et al., 2006; Fontenelle et al., 2010; Masellis, Rector y Richter, 2003; Vorstenbosch et al., 2012) y con la ansiedad (Fontenelle et al., 2010). Sin embargo, Rodríguez-Salgado et al. (2006) no encontraron correlación entre la calidad de vida y los factores sociodemográficos, la edad de inicio del TOC o los años de evolución del TOC.

Así mismo, se ha analizado el papel diferencial que las obsesiones y compulsiones tienen sobre el deterioro en la calidad de vida, encontrando un mayor impacto general de las obsesiones (Eisen et al., 2006; Fullana, Mataix-Cols, Caspi, Harrington, Grisham et al., 2009; Mansellis et al., 2003; Rodríguez-Salgado et al., 2006), mientras que la interferencia de las compulsiones se concretaría sobre el funcionamiento social (Eisen et al., 2006). Rodríguez-Salgado et al. (2006) relacionaron el mayor impacto de las obsesiones con el papel que juegan las compulsiones como controladoras de la ansiedad, mientras que las obsesiones son consideradas como intrusivas, incontrolables y molestas. Por otra parte, se ha analizado la influencia diferencial que ejercen las obsesiones y compulsiones en función del contenido. Vorstenbosch et al. (2012) encontraron que las obsesiones de contenido agresivo, sexual y religioso junto con las compulsiones de comprobación predijeron la interferencia en el funcionamiento global, en el estilo de vida y en la realización de actividades. Los autores relacionaron la mayor interferencia de las obsesiones puras por la valoración de peligrosidad e importancia del pensamiento y la necesidad de control de pensamiento asociado a ellas. Por otra parte, Fontenelle et al. (2010) hallaron que los rituales de acumulación y limpieza fueron los síntomas que más deterioraron la calidad de vida.

Albert, Maina, Bogetto, Chiarle y Mataix-Cols (2010) obtuvieron un perfil de aquellos pacientes que con más probabilidad resultarían limitados por el TOC. Los pacientes con más afectación en el área física de la calidad de vida, serían pacientes con más edad, con menos nivel educativo, con un TOC más grave (con más gravedad tanto en obsesiones como en compulsiones), con puntuaciones más altas en sintomatología ansioso-depresiva, con más comorbilidad con trastornos del eje I y II (sobre todo trastorno del estado de ánimo) y con obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza. Aquellos con más afectación en el área de salud mental de la calidad de vida serían también pacientes con un TOC más grave (con más gravedad tanto en obsesiones como en compulsiones), con puntuaciones más altas en sintomatología ansioso-depresiva, con más comorbilidad con trastornos del eje I y II (sobre todo trastorno del estado de ánimo), pero, al contrario que antes, con más obsesiones de simetría y compulsiones de repetición, orden y contar.

Tal y como se ha comentado más arriba, el TOC afecta a las relaciones interpersonales y más concretamente al entorno familiar, dado que un elevado porcentaje de familiares participan de los rituales del paciente, proceso que se conoce como acomodación. Albert, Bogetto, Maina, Saracco, Brunatto, et al. (2010) han analizado esta situación, encontrando que con una frecuencia diaria el 47,5% proporcionaba reaseguración, el 35,5% participaba en rituales, el 42,6% favorecía la evitación y el 19,9% modificaba sus rutinas. El 92,3% de los familiares presentaba al menos un malestar leve por ayudar al paciente en sus rituales, mientras que un 65% experimentaba un malestar moderado o extremo. Las variables sociodemográficas del paciente, salvo un nivel educativo elevado, y las variables sociodemográficas de los familiares no se relacionaron con la acomodación. Las variables clínicas que lo facilitaron fueron un inicio repentino del TOC, una mayor gravedad del TOC, la dimensión contaminación/limpieza, la comorbilidad presente con trastornos del ánimo y una historia familiar de trastorno de ansiedad-no TOC. Los predictores resultantes fueron la historia familiar de trastorno de ansiedad, la dimensión contaminación/limpieza, la comorbilidad vital del paciente y la gravedad de las compulsiones.

Como se ha visto el TOC es un trastorno relativamente frecuente, con un curso crónico, que favorece la aparición de otros trastornos mentales y que deteriora significativamente la calidad de vida del paciente y de su entorno. A pesar de ello, un porcentaje reducido de personas con trastorno obsesivo-compulsivo reciben tratamiento (Schwartz, Schlegl, Kuelz y Voderholzer, 2013). Freud, en *A propósito de*

un caso de neurosis obsesiva (1909), escribió: "Los neuróticos obsesivos graves se someten a tratamiento analítico más raramente que los histéricos. También en la vida de relación disimulan sus achaques todo el tiempo que pueden, y suelen acudir al médico sólo en estadios de su enfermedad tan avanzados que, si se tratara de una tuberculosis pulmonar, por ejemplo, excluirían su admisión en un sanatorio. Y acerca esta comparación, además, porque en los casos de neurosis obsesiva leves o graves, pero combatidos temprano, podemos apuntar, lo mismo que respecto de aquella enfermedad infecciosa crónica, una serie de brillantes éxitos terapéuticos" (p. 124).

Mayerovitch et al. (2003) encontraron que el 36,6% había consultado a un médico o a otro profesional. En el estudio de Goodwin et al. (2002) un porcentaje de la muestra algo más alto (40,4%) había recibido en algún momento tratamiento por su trastorno, a pesar de que la mayoría de la muestra manifestó que dicho trastorno interfería en su funcionamiento cotidiano. Porcentajes más bajos se encontraron en el estudio de Chong et al. (2012) con un 18,1% de probabilidad de búsqueda vital de tratamiento y un 2,6% de búsqueda durante el primer año de evolución; o en el estudio de Subramaniam et al. (2012) con una búsqueda vital del 10,2%.

Según un estudio de la Epidemiologic Catchment Area (ECA) (Karno et al., 1988; Robins, Locke y Regier, 1991, en Mayerovitch et al., 2003), el TOC se encuentra en un lugar intermedio, respecto a otros trastornos, en la búsqueda de tratamiento. Con menor demora, se encontraría el trastorno de somatización, el trastorno de pánico, los trastornos depresivos y la esquizofrenia. Con mayor demora, se situarían el trastorno bipolar, la fobia específica, el abuso de drogas y alcohol y la personalidad antisocial. Torres, Prince, Bebbington, Bhugra, Bhugra et al. (2007) establecieron que las personas con TOC presentaban el doble de probabilidad de recibir tratamiento respecto a otros trastornos no psicóticos. Adam et al. (2012), con datos pertenecientes a la German Health Interview and Examination Survey-Mental Health Supplement, encontraron un uso de atención sanitaria en un 68,2% de personas con TOC. Marques et al. (2010) encontraron un porcentaje similar (60,4%) respecto a las personas que se encontraban recibiendo tratamiento en el momento del estudio. Resultados algo menores encontraron Regier et al. (1993), dentro del National Institute of Mental Health (NIMH) ECA Program, situando en un 45,1% las personas que recibieron algún tipo de ayuda durante el año previo al estudio.

Suele haber oscilaciones en la investigación respecto a la media de demora entre el inicio del TOC y la búsqueda de tratamiento. Mientras hay estudios que la

sitúan en 3 años (Belloch et al., 2009), otros la ubican en torno a los 7 años (Demet, Deveci, Taskin, Dündar, Ermertcan et al., 2010; Rasmussen y Tsuang, 1986; en Antony et al., 1998) o en los 9,72 años, e incluso hasta los 11 años (Salkovskis, personal communication, 1998, en Simonds y Elliot, 2001; Pinto et al., 2006), los 12,84 años (Real et al., 2011) o los 13,8 años (Cullen, Samuels, Pinto, Fyer, McCracken et al., 2008). Dicha demora aún se incrementa más si se toma como referencia el inicio de los síntomas, alcanzando entonces más de 17 años (Pinto et al., 2006). La mediana de demora se ha establecido en algunos estudios en 2 años (Belloch et al., 2009) y en otros en 9 años (Chong et al., 2012; Subramaniam et al., 2012). Respecto al contenido de la sintomatología TOC, la demora en el subtipo contaminación/limpieza ha presentado una media de 13,57 años (Real et al., 2011). Asociado a esta demora, cabe destacar que solo un 38,46% de los pacientes consultó durante el primer año de evolución del trastorno (Belloch et al., 2009).

Hollander et al. (1996) destacaron el hecho de que a la demora en la solicitud de ayuda (que ellos sitúan en unos 10 años) había que añadir un retraso adicional hasta que el paciente era adecuadamente diagnosticado, dado que no es un trastorno bien reconocido y puede ser enmascarado por la comorbilidad que presenta. Es por ello que estos autores llegaron a establecer una demora de 17 años entre el inicio del TOC y el hecho de recibir el tratamiento apropiado.

Se ha encontrado que una duración del TOC de 24 meses o menos predecía buena respuesta al tratamiento farmacológico, aunque pasado ese límite la influencia del tiempo de evolución se desvanecía (Dell'Osso, Buoli, Hollander y Altamura, 2010).

Existe una amplia variedad de variables, tanto clínicas como no clínicas, que influyen en el proceso de búsqueda de ayuda (Besiroglu y Agargun, 2006; García-Soriano, Rufer, Delsignore y Weidt, 2014). Aunque es lógico pensar que estas variables se interrelacionan entre sí creando un panorama complejo, a continuación se describe la relación que cada una de ellas, por separado, tiene con la búsqueda de tratamiento.

1.2.2. Variables implicadas en el proceso de búsqueda de tratamiento

Variables sociodemográficas

Los resultados encontrados respecto a la influencia de las variables sociodemográficas son escasos y dispares. Respecto a la **edad** se han obtenido resultados contradictorios, ya que por un lado se ha visto que aquellos que habían recibido tratamiento tenían más edad (Goodwin et al., 2002) y por otro se ha comprobado que los más jóvenes presentaban más probabilidad de buscar tratamiento (Chong et al., 2012). Cullen et al. (2008), en un estudio con población clínica, encontraron que la demora en la búsqueda de tratamiento aumentaba con la edad, llegando a una media de 25,8 años en personas mayores de 50 años, e incluso una mayor edad se asoció con no recibir tratamiento. Respecto al **estado civil** también se han obtenido datos contradictorios, ya que se ha encontrado tanto que los que recibieron tratamiento era más probable que estuvieran divorciados o separados (Goodwin et al., 2002) o había menos probabilidad de casados (Cullen et al., 2008), como que los solteros o separados presentaron más demora en la solicitud de tratamiento (Demet et al., 2010). Por otra parte, se ha obtenido que las personas con menos **nivel socioeconómico** y aquellas procedentes de familias con bajo nivel educativo presentaban más demora (Demet et al., 2010). En el estudio de Belloch et al. (2009) solo se encontraron diferencias en el **nivel educativo**, obteniéndose menor demora en pacientes con menor nivel educativo. Finalmente, cabe destacar que hay estudios que no han encontrado diferencias en las variables sociodemográficas entre los que buscaron tratamiento y los que no lo hicieron (Besiroglu, Cilli y Askin, 2004; Torres et al., 2007).

Variables clínicas

Una de las variables relevantes es la **edad de inicio** del TOC. Esta variable plantea varias dificultades, dada la variabilidad en la definición de la edad de inicio y en la clasificación del inicio temprano y tardío. Respecto a la primera dificultad se duda si considerar el inicio cuando empiezan los síntomas obsesivo-compulsivos, cuando se identifica malestar o interferencia significativos o cuando se cumplen por primera vez los criterios diagnósticos del DSM. Respecto a la segunda dificultad resulta complicado determinar la edad a partir de la cual establecer un inicio tardío, observándose variabilidad en el punto de corte en función de los estudios. En un estudio con población clínica con TOC, Grant, Mancebo, Pinto, Williams, Eisen et al. (2007)

establecieron como edad de inicio la edad en la que los síntomas cumplieron por primera vez los criterios diagnósticos del DSM-IV y la edad de 30 años como la edad de inicio tardío. Los pacientes con inicio tardío buscaron tratamiento antes que los pacientes con inicio temprano, con una demora de 5,2 años frente a los 14 años de los pacientes con inicio temprano. Además, los pacientes con inicio tardío presentaron obsesiones menos graves. Por otra parte, los pacientes con inicio temprano presentaban con mayor probabilidad de presentar obsesiones de contaminación, religiosas o somáticas, y compulsiones de limpieza, comprobación y repetición. No se observaron diferencias entre pacientes de inicio temprano y tardío en la comorbilidad, el grado de insight, los síntomas depresivos, la calidad de vida y el funcionamiento social. En el estudio de Belloch et al. (2009) no se encontraron diferencias en las variables sociodemográficas ni en la gravedad del TOC en función de la edad de inicio, únicamente se obtuvo un menor insight en aquellos con un inicio temprano. En la misma línea, otros estudios han encontrado que un inicio temprano se asociaba con más demora (Belloch et al., 2009; Demet et al., 2010). Sin embargo, de forma contraria a estos resultados, hay estudios que no encontraron diferencias significativas en la edad de inicio entre los que buscaron tratamiento y los que no (Besiroglu et al., 2004; Chong et al., 2012; Cullen et al., 2008).

Respecto al **curso** del TOC, hay pocos estudios que hayan analizado la influencia de esta variable, obteniéndose un mayor tiempo de evolución en personas que no buscaron tratamiento (Besiroglu et al., 2004) o que presentaron más demora en la solicitud del mismo (Demet et al., 2010). Por otra parte, se ha visto que un inicio rápido del TOC se ha asociado con el hecho de recibir tratamiento e incluso se ha mostrado como una variable predictora de la solicitud de tratamiento (Cullen et al., 2008).

Con relación a la influencia de la **gravedad** del TOC en la búsqueda de tratamiento, Besiroglu et al. (2004) encontraron que aquellas personas que no buscaron tratamiento puntuaron más bajo en la puntuación total del Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) y en la subescala de obsesiones del Y-BOCS, pero no así en la subescala de compulsiones del Y-BOCS. Por otra parte, los que no buscaron tratamiento presentaron más nivel de insight que los que lo buscaron. Así mismo, el grado de insight no correlacionó con la puntuación total del Y-BOCS en el grupo de no buscadores, pero sí correlacionó negativamente en el grupo de buscadores. De forma contraria, Demet et al. (2010) encontraron que un pobre insight

a asociaba a más demora. Cullen et al. (2008) no encontraron diferencias en el nivel de insight, pero sí obtuvieron que la gravedad del TOC predecía la búsqueda de tratamiento. Belloch et al. (2009) no encontraron diferencias en la gravedad del TOC en función del tiempo de demora. Torres et al. (2007) asociaron la gravedad clínica con recibir tratamiento, aunque no resultó predictora.

Otra variable a considerar es la **calidad de vida**. En el estudio de Besiroglu et al. (2004), el grupo de buscadores mostró menor puntuación en salud psicológica y en el grado de independencia. Aunque sin alcanzar la significación estadística, el grupo de buscadores presentó mayor deterioro general en la calidad de vida. La puntuación total del Y-BOCS no correlacionó con ninguna subescala de calidad de vida en el grupo de no buscadores y se obtuvieron correlaciones negativas en el grupo de buscadores entre la puntuación total del Y-BOCS y el grado de independencia y las relaciones sociales, que se mantuvieron tras controlar la sintomatología depresiva. Así mismo, en el estudio de Cullen et al. (2008), aquellos que recibieron tratamiento presentaron más interferencia en las áreas social, académica, ocupacional y doméstica. Es importante considerar el hecho de que el inicio temprano del TOC puede alterar la percepción de los pacientes acerca de lo que constituye una calidad de vida adecuada, por lo que es posible que no consideren su propia calidad de vida tan limitada como realmente esté (Rapaport et al., 2005).

Hay estudios que han destacado el papel de la **comorbilidad** en el incremento de la búsqueda de tratamiento, encontrándose más comorbilidad en las personas que buscaron tratamiento que en las personas que no lo hicieron (Besiroglu et al., 2004; Demet et al., 2010; Mayerovitch et al., 2003; Torres et al., 2006), resultando incluso una variable predictora (Torres et al., 2007). Concretamente, se ha visto con respecto a otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, la fobia social, el TEPT y TAG (Goodwin et al., 2002; Mayerovitch et al. 2003; Welkowitz, Struening, Pittman, Guardino y Welkowitz, 2000); con respecto a los trastornos depresivos (Cullen et al., 2008; Mayerovitch et al., 2003); y con respecto a los trastornos del espectro obsesivo-compulsivo (Grabe, Meyer, Hapke, Rumpf, Freyberger et al., 2001). Esta influencia podría deberse a un aumento en la interferencia, producto de la presencia de más de un trastorno (Welkowitz et al., 2000), a una mayor gravedad clínica (Cassin, Richter, Zhang y Rector, 2009; Quarantini, Torres, Sampaio, Fossaluzza, de Mathis et al., 2011), a una mayor cronicidad (Diniz, Rosario-Campos, Shavitt, Curi, Hounie, et al., 2004) o a un mayor deterioro en la calidad de vida (Cassin et al., 2009). Por otra parte,

en relación a la comorbilidad con los trastornos depresivos, se ha visto que éstos constituyen el principal motivo de consulta entre los pacientes con TOC (Zimmerman y Mattia, 2000), pudiéndose explicar así el elevado intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas del TOC y la búsqueda de tratamiento (Denys, Tenney, van Megen, de Geus y Westenberg, 2004), de forma que muchos pacientes con TOC demorarían la búsqueda de ayuda hasta que la afectación del estado de ánimo les llevara a hacerlo. De hecho, los no buscadores puntuaron más bajo en sintomatología depresiva, con mayor presencia del trastorno depresivo mayor (Besiroglu et al., 2004) y de ideación suicida a lo largo de la vida (Torres et al., 2007) en el grupo de buscadores. Cabe tener en cuenta que la elevada comorbilidad con otros trastornos puede contribuir a que los síntomas obsesivo-compulsivos queden enmascarados, con la consecuente dificultad en su detección y diagnóstico. Goodwin et al. (2002), sin embargo, no encontraron diferencias en la prevalencia de depresión mayor, ni de ideación suicida entre el grupo de buscadores de tratamiento y el grupo de no buscadores. Además, hay estudios en los que la comorbilidad no ha resultado ser una variable predictora (Demet et al., 2010; Mayerovitch et al., 2003).

Otra variable muy importante a analizar tiene que ver con la cantidad y tipología de la **sintomatología obsesivo-compulsiva**. Respecto a la cantidad de síntomas, existen pocos datos, habiéndose encontrado un mayor número de síntomas obsesivo-compulsivos en las personas que buscaron tratamiento (Mayerovitch et al., 2003), resultando además un variable predictora de dicha búsqueda (Cullen et al., 2008). Respecto a la tipología de los síntomas, se ha encontrado que la búsqueda de ayuda se asoció con la presencia de obsesiones y no con la presencia de compulsiones (Fullana et al., 2009). Concretamente, Mayerovitch et al. (2003) encontraron que el grupo que buscó tratamiento presentaba obsesiones más graves de agresión y de otros pensamientos desagradables y obsesiones más graves de contaminación y/o duda, sin embargo, fueron las obsesiones graves de agresión y de otros pensamientos desagradables las que resultaron predictoras de la búsqueda de tratamiento. De la misma manera, Besiroglu et al. (2004) encontraron que las obsesiones de contenido agresivo y religioso fueron menos frecuentes en el grupo que no buscó tratamiento que en el que sí lo hizo. Por otra parte, Demet et al. (2010) encontraron que las compulsiones de lavado se asociaron a más demora, mientras que la acumulación favoreció la búsqueda del mismo. Cullen et al. (2008) encontraron que todos los tipos de obsesiones, menos las de acumulación, y todos los tipos de compulsiones, menos las de orden y acumulación, se asociaron con la búsqueda de tratamiento.

La influencia diferencial sobre la búsqueda de tratamiento en función del contenido de la sintomatología OC puede estar relacionada con las diferencias en las valoraciones, la interferencia y las características clínicas. Respecto a las valoraciones, Simonds y Thorpe (2003) realizaron una investigación con 113 estudiantes, en la que por primera vez se analizó la influencia que el contenido de las obsesiones podía tener en las actitudes hacia las mismas y en la búsqueda de tratamiento. Cada sujeto valoró las compulsiones de lavado, las obsesiones de duda y las compulsiones de comprobación, y las obsesiones de contenido blasfemo, presentadas mediante un caso teórico. Dichas evaluaciones se realizaron tanto sobre el caso presentado como sobre la hipotética situación en que la persona misma las presentara. Las obsesiones de contenido blasfemo fueron las peor valoradas en sentimientos de vergüenza y de temor, tanto hacia su presentación por parte de otra persona como ante el caso de que uno mismo las presentara. Igualmente peor fue su valoración en aceptación social. La compulsión de lavado fue considerada más vergonzosa que la de comprobación, únicamente cuando la presentaba otra persona, y peor aceptada socialmente. Además, las obsesiones de contenido blasfemo y las compulsiones de lavado fueron reconocidas como problemas mentales que necesitaban un tratamiento más inmediato que las obsesiones de duda y compulsiones de comprobación. Los autores defienden que, teniendo en cuenta estas valoraciones realizadas sobre cada tipo de obsesión o compulsión, aunque los rituales de comprobación eran identificados como menos problemáticos, a la persona le resultaría más fácil de revelarlos y buscar ayuda profesional. Por otra parte, aunque las obsesiones de contenido blasfemo y las compulsiones de lavado eran consideradas más problemáticas, a la persona le resultaría más difícil revelarlas y buscar tratamiento. Sin embargo, es importante resaltar que en el estudio no se recogió un amplio abanico de contenidos de obsesiones y éstas fueron presentadas a la muestra mediante el empleo de viñetas, por lo que la complejidad de la patología pudo transmitirse de forma limitada.

Respecto a la interferencia diferencial de la sintomatología OC, en una revisión teórica, Gibbs (1996) estableció que las compulsiones de limpieza conllevan un mayor consumo de tiempo con respecto a otras compulsiones, como contar o repetir, por lo que causarían un mayor malestar y por tanto una mayor necesidad de buscar tratamiento. Además, al ser consideradas como síntomas “clásicos” del TOC, resultarían más fácilmente reconocibles por las personas que las presentan y por tanto sería más probable que buscaran tratamiento. Por otra parte, los problemas

secundarios asociados a las compulsiones de limpieza (p.e. problemas en la piel) harían que la persona buscara ayuda médica, lo que podría propiciar una derivación al servicio de Salud Mental.

Respecto a las características clínicas, Grant, Pinto, Gunnip, Mancebo, Eisen et al. (2006) estudiaron a pacientes con TOC y evaluaron las diferencias, entre aquellos que presentaban obsesiones de contenido sexual y aquellos que no, en varias variables clínicas (comorbilidad, gravedad sintomatológica, insight, calidad de vida y funcionamiento cotidiano). Aquellos pacientes con obsesiones sexuales informaron de una edad más temprana de inicio del TOC y del tratamiento en comparación con los pacientes sin obsesiones sexuales, presentando ambos grupos una respuesta similar tanto al tratamiento farmacológico como a la terapia cognitivo-conductual. No se obtuvieron diferencias respecto al porcentaje de sujetos con incapacidad a consecuencia del TOC, ni en ajuste social, ni en calidad de vida, ni en insight. Los pacientes con obsesiones sexuales informaron de una mayor presencia de obsesiones de contenido agresivo y religioso. Aunque no se observó una diferencia en la gravedad de la sintomatología OC, los pacientes con obsesiones sexuales presentaron puntuaciones más elevadas en síntomas depresivos. Las obsesiones agresivas y religiosas fueron menos frecuentes en el grupo de no buscadores, mientras que las más frecuentes fueron similares en ambos grupos: obsesiones de simetría (69,6% en el grupo de no buscadores vs. 60% en el grupo de buscadores), obsesiones de contaminación (69,6% vs. 52%), compulsiones de comprobación (73,9% vs. 52%) y compulsiones de limpieza (69,6% vs. 52%). Cabe destacar, por otra parte, que no se encontraron diferencias en variables sociodemográficas.

Variables actitudinales y motivacionales

Goodwin et al. (2002) encontraron, como cabría esperar, que la disposición a buscar tratamiento predijo la búsqueda del mismo. Los factores que predijeron la predisposición a buscar tratamiento entre las personas que nunca lo habían recibido fueron la comorbilidad con el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático, la ideación suicida y no estar seguro de dónde buscar ayuda.

Salkovskis (1990) estableció que cuanto más negativas son las valoraciones que un paciente hace de sus obsesiones, más probable es que las oculte. Además, destaca como posibles temores asociados al TOC, y que por tanto influyen en la

demora en la búsqueda de tratamiento, la creencia de que otros piensen que está loco, la creencia de que hablar del problema puede hacer que suceda, el azoramiento, el temor a la hospitalización o arresto (en el caso de pensamientos intrusos agresivos) y la vergüenza (en Simonds y Elliott, 2001).

En un estudio teórico de Newth y Rachman (2001) aparecen plasmados algunos factores que propiciarían el ocultamiento de las obsesiones. Dichos factores se podrían agrupar de la siguiente manera: a) reacciones negativas por parte de los demás que la persona puede recibir (rechazo, los demás pueden pensar que está loco o es peligroso, desconfianza, miedo o evitación), b) temor a que las obsesiones sean utilizadas en contra legalmente, c) sentimientos que generan las obsesiones (vergüenza, apuro o culpa) y d) creencias acerca de las obsesiones (necesidad de controlar los pensamientos, creencia de volverse loco si pierde el control sobre los pensamientos, creencia de perder el control sobre las acciones si se pierde el control sobre los pensamientos, creencia de que al revelarlos aumente la probabilidad de hacer daño a otros y creencia de que decirlos es tan malo como actuar).

Goodwin et al. (2002) encontraron que las razones principales por las que las personas con TOC no habían buscado tratamiento fueron: no saber dónde buscarlo (40% de la muestra); pensar que uno mismo puede manejar el problema (28,4%); no poder permitírselo económicamente (24,9%); temor a lo que pudieran pensar los demás (20,5%); pensar que el tratamiento no es útil para solucionar el problema (5,7%). Así mismo, Marques et al. (2010) obtuvieron como principales motivos para no buscar tratamiento los siguientes: sentir vergüenza por necesitar ayuda, preocupación por el coste económico, querer manejar el problema por sí mismo, sentir vergüenza por el problema y no estar seguro de dónde solicitar ayuda.

Belloch et al. (2009) obtuvieron que los motivos más señalados para demorar la solicitud de ayuda fueron: estar convencido de que se pasaría, pensar que se podía controlar, no considerarlo importante y sentir vergüenza del contenido de los pensamientos. Por otra parte, los motivos más señalados para solicitar tratamiento fueron: el problema no desaparecía o no se podía controlar, generaba interferencia y se hizo más frecuente. Se encontró que el grupo que presentaba una alta demora manifestó significativamente más sentimientos de vergüenza y más temor al estigma como motivos para retrasar la búsqueda de tratamiento.

Newth y Rachman (2001) destacaron diferentes factores que propiciarían la revelación de las obsesiones. Entre ellos se encontrarían el experimentar sentimientos

de malestar ante las obsesiones; tener la necesidad de desahogarse, de obtener alivio y liberación y de reaseguración (asegurarse con otras personas de que el pensamiento no se haga realidad); y presentar dificultades de concentración e interferencia en el funcionamiento cotidiano y en las relaciones interpersonales.

Dado que la valoración que hace la sociedad sobre el TOC puede influir en la propia valoración del paciente y en la consecuente búsqueda de tratamiento, cabe destacar que, en relación a los conocimientos que la población general tiene sobre los trastornos mentales y en concreto respecto a los trastornos de ansiedad, la fobia social y el TOC son los cuadros psicopatológicos más reconocidos por la población general como trastornos mentales, mientras que los menos reconocidos son el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (Coles y Coleman, 2010). En el estudio de Coles y Coleman (2010) se mostró además que, en relación a las causas, el TOC fue, dentro de los trastornos de ansiedad, el que se atribuyó en mayor proporción a una enfermedad mental. Por otra parte, la fobia social fue considerada como producto de factores ambientales y debilidad personal. Además, el trastorno de pánico se consideró consecuencia del estrés y de una causa orgánica, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada fue visto como consecuencia únicamente del estrés.

1.2.3. Recursos receptores de la solicitud de ayuda

Según Baker et al. (1990), las personas con TOC grave buscan ayuda con menos probabilidad en la pareja o compañeros por su dificultad en establecer o mantener relaciones cercanas (en Simonds y Elliott, 2001).

Respecto a la solicitud de atención por parte de profesionales sanitarios, Regier et al. (1993) obtuvieron que un 36,1% de las personas con TOC recibió ayuda por parte de servicios sanitarios durante el año previo al estudio, del cual el 25,3% procedía de atención especializada y el 18,3% de atención médica general. En otros casos, se ha obtenido un mayor uso de atención en Salud Mental, con un 71,2% de la muestra solicitando tratamiento en este recurso (Demet et al., 2010). Marques et al. (2010) encontraron que, aunque un elevado número de pacientes recibían tratamiento psicológico y psiquiátrico, un reducido porcentaje recibía el tratamiento psicológico más efectivo.

Torres et al. (2007) encontraron que, durante el año anterior al estudio, un 5% había recibido tratamiento psicológico y un 9% psiquiátrico, mientras que un 62%

había consultado al MAP por un problema emocional. Un 40% estaba recibiendo tratamiento en el momento del estudio, de los cuales un 20% recibía solo psicofármacos, un 5% sólo psicoterapia y un 15% ambos. Sin embargo, un escaso número de pacientes recibía los tratamientos más efectivos. Este último aspecto está en parte corroborado, según los autores, por el hecho de que un 20% hubiera estado alguna vez ingresado en la sala de agudos, lo cual reflejaba no solo la gravedad sino también un fallo en la detección, diagnóstico y tratamiento adecuados.

En el estudio de Cullen et al. (2008), un 41% recibió exclusivamente terapia conductual, un 3% tratamiento farmacológico solo, un 39,3% ambos y un 0,6% neurocirugía.

Es importante destacar que en el estudio de Demet et al. (2010) un relevante 28,8% solicitó tratamiento en dermatología, lo cual viene a corroborar la idea de que una cantidad significativa de pacientes solicita tratamiento por complicaciones de salud derivadas del TOC.

2. La Agorafobia y la búsqueda de ayuda

2.1. Caracterización clínica de la agorafobia

2.1.1. Clasificación y Consideraciones Diagnósticas

La agorafobia se caracteriza principalmente por la presencia de un elevado temor a una amplia variedad de situaciones (p.e. estar solo fuera de casa, estar en lugares concurridos, estar en espacios cerrados, viajar en transporte público, hacer cola, etc.) en las que escapar es difícil o embarazoso, o puede no ser posible recibir ayuda en caso de aparecer algún síntoma, o síntomas, análogos a los presentes en un ataque de pánico. Esta ansiedad conlleva una evitación de dichas situaciones, aunque hay personas que son capaces de exponerse a costa de una elevada ansiedad.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) clasifica la agorafobia dentro de los “Trastornos de ansiedad”. Aunque su diagnóstico puede o no aparecer vinculado al trastorno de angustia, la agorafobia ha sido considerada una complicación secundaria a éste último. Así el DSM-IV-TR (APA, 2002) clasificó la agorafobia bien bajo el diagnóstico de “Trastorno de angustia con agorafobia” o bien bajo el diagnóstico de “Agorafobia sin historia de trastorno de angustia”, de forma que en caso de existir el trastorno de angustia, la presencia de agorafobia queda supeditada a éste, sin poder establecer el diagnóstico de agorafobia con trastorno de angustia. La CIE-10 (OMS, 1993), sin embargo, permite establecer el diagnóstico de agorafobia de forma independiente al trastorno de pánico, de hecho ambos se contemplan dentro de apartados diagnósticos diferenciados, pudiéndose añadir al diagnóstico de agorafobia la presencia o no de trastorno de pánico. Así la agorafobia se encuadra dentro de los “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, y más concretamente dentro de los “Trastornos de ansiedad fóbica”, mientras que el trastorno de pánico se incluye también en ese primer bloque diagnóstico, pero específicamente dentro de “Otros trastornos de ansiedad”. Ante esta situación, se ha establecido que la naturaleza de la agorafobia y su relación con el trastorno de pánico son controvertidos (Slade y Grisham, 2009). El estudio de Kikuchi, Komuro, Oka, Kidani, Hanaoka et al. (2005) encontró que, durante la primera semana tras el inicio del trastorno de angustia, el 26,6% de la muestra desarrolló agorafobia. Bienvenu, Onyike, Stein, Chen, Samuels et al. (2006) en un estudio perteneciente a la ECA, encontraron que la agorafobia era el predictor más potente del trastorno de pánico, a

la vez que los ataques de pánico espontáneos y el trastorno de pánico predecían la aparición de agorafobia.

La caracterización de la agorafobia en la quinta edición del DSM (APA, 2014) sigue el planteamiento de la CIE-10 y permite el diagnóstico de agorafobia independientemente de que exista o no trastorno de pánico asociado. En cuanto a los criterios diagnósticos específicos, no se aprecian modificaciones importantes con respecto a los que se incluían en el DSM-IV-TR. La diferencia más destacable se encuentra en el criterio A, ya que se elimina la referencia a la dificultad de escapar ante una crisis de angustia que se especificaba en el DSM-IV-TR y, en cambio, se hace referencia a *“Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: 1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones). 2. Estar en espacios abiertos (p. ej., zonas de estacionamiento, mercados, puentes). 3. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines). 4. Hacer cola o estar en medio de una multitud. 5. Estar fuera de casa solo”*. De hecho, la referencia al miedo a escapar se ubica en el criterio B: *“El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia)”*.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 para la agorafobia difieren de los del DSM-IV-TR. Los criterios de la CIE-10 requieren la presencia de temor o evitación de, por lo menos, dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar solo y viajar lejos de casa. Además, la CIE-10 exige la presencia de, como mínimo, dos síntomas de ansiedad (de un listado de 14) en al menos una ocasión y que estos síntomas se presenten asociados a la situaciones temidas.

2.1.2. Epidemiología y curso

Prevalencia

Se ha establecido la existencia de una discrepancia en la prevalencia de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia entre los estudios clínicos y los estudios epidemiológicos, de forma que los estudios clínicos indican una mayor prevalencia de casos de agorafobia con trastorno de angustia, mientras que los estudios epidemiológicos muestran una superioridad de los casos de agorafobia sin

historia de trastorno de angustia frente al diagnóstico de trastorno de angustia con agorafobia (APA, 2002; Wittchen, Reed y Kessler, 1998). Los motivos que se aluden son, por una parte, la dificultad de una correcta valoración clínica, la cual podría sobredimensionar las cifras de los estudios epidemiológicos (APA, 2002), por otra parte, que las personas con agorafobia sin ataques de angustia solicitan menos tratamiento (Wittchen et al., 1998) y, finalmente, que los datos epidemiológicos no son válidos ya que muchos casos de agorafobia sin pánico responden realmente a casos de fobia específica (Wittchen et al., 1998).

El estudio de Wittchen et al. (1998), con población general joven, obtuvo una prevalencia del 7,8% en el caso de la agorafobia sin trastorno de pánico, frente al 0,8% del trastorno de pánico con o sin agorafobia. Otros estudios han encontrado una prevalencia anual de 0,8% (Kessler et al., 2005b) y entre el 1,4% y el 2,9% de prevalencia vital (Kessler et al., 2005a; Degonda y Angst, 1993).

Wittchen et al. (1998), además, no encontró un patrón temporal en el que el trastorno (o ataques) de pánico precediera a la agorafobia, estableciéndose por contra un inicio más temprano en la caso de la agorafobia (en torno a los 12 años) que en el caso del trastorno de pánico con o sin agorafobia (14,5 y 16,2 años, respectivamente). Kessler et al. (2005a) encontraron que la mediana de edad de inicio de la agorafobia sin trastorno de pánico se situaba en los 20 años, mientras que la del trastorno de pánico lo hacía en los 24 años.

Algunos estudios han intentado establecer las diferencias que aporta la agorafobia al trastorno de pánico. En el estudio de Kikuchi et al. (2005), el trastorno de angustia con o sin agorafobia no mostró diferencias en sexo, gravedad de los ataques, edad de inicio y comorbilidad con el trastorno depresivo mayor. La presencia de agorafobia se relacionó con mayor comorbilidad con TAG y una mayor duración de la enfermedad. Por otra parte, Francis, Weisberg, Dyck, Culpepper, Smith et al. (2007) tampoco encontraron diferencias en edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral, ni comorbilidad con patología médica. En ambos casos, la comorbilidad más común se dio con el trastorno depresivo mayor y, dentro de los trastornos de ansiedad, con el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, los pacientes con trastorno de pánico con agorafobia presentaron una edad más temprana de inicio del trastorno de pánico, más interferencia, más comorbilidad con la fobia social, más probabilidad de recibir tratamiento psicofarmacológico y psicosocial y menos probabilidad de recuperación.

Respecto a la prevalencia de la agorafobia sin trastorno de pánico según el sexo, se ha observado que es más frecuente en mujeres que en hombres (APA, 2002; Bienvenu et al., 2006; Robins et al., 1984; Degonda y Angst, 1993; Sorsdahl et al., 2013). Por otra parte, una edad más joven ha resultado predictora del desarrollo de agorafobia (Bienvenu et al., 2006). Por lo que respecta al estado civil, está más presente en personas casadas (Sorsdahl et al., 2013). Finalmente, se ha obtenido una menor prevalencia en personas con mayor nivel educativo (Robins et al., 1984), aunque en otros casos no se ha encontrado diferencia en el nivel educativo ni socioeconómico (Degonda y Angst, 1993).

Curso

El inicio de la agorafobia puede producirse de forma rápida, en muchas ocasiones de manera secundaria a la aparición de un ataque de pánico, o bien de forma gradual. Hay estudios que han observado un inicio temprano, con una edad media de inicio de 14,6 años (Degonda y Angst, 1993) y una edad mediana de 20 años (Kessler et al., 2005a). Otros estudios sitúan la edad media en los 25-29 años, e incluso se ha llegado a observar una distribución bimodal con un segundo pico de incidencia a partir de los 40 años (Wittchen, Gloster, Beesdo-Baum, Giovanni y Craske, 2010). Además, recientemente se ha planteado que el inicio en la edad adulta tardía no es tan infrecuente como se consideraba (Ritchie, Norton, Mann, Carrière y Ancelin, 2013)

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), se sabe muy poco sobre el curso de la agorafobia sin historia de trastorno de angustia. Hay escasos datos que sugieren que, en algunos casos, el trastorno persiste durante años y determina con el tiempo un deterioro considerable. En una línea similar, Degonda y Angst (1993) observaron un curso inestable, aunque con tendencia a persistir síntomas de miedo y evitación.

2.2. La demora en la búsqueda de ayuda en la agorafobia

2.2.1. Introducción

Se ha comprobado que la agorafobia tiene una repercusión negativa sobre la calidad de vida, concretamente genera un pobre bienestar subjetivo y un deterioro en la autorrealización (Cramer et al., 2005), una peor salud física y un deterioro en las relaciones sociales, en el bienestar psicológico y en el contexto ambiental (Guan et al., 2011). Sin embargo, el diagnóstico por sí solo no predijo el deterioro en la calidad de vida (Guan et al., 2011). La agorafobia se ha considerado como un marcador de gravedad del trastorno de pánico, influyendo más que éste en la gravedad clínica y en la interferencia en el funcionamiento (Kessler, Chiu, Jin, Ruscio, Shear et al., 2006).

Hay estudios que sitúan la agorafobia entre los trastornos de ansiedad más asociados a la solicitud de ayuda (Bijl y Ravelli, 2000; McCusker et al., 1997), mientras que otros la sitúan entre los menos asociados a dicha solicitud (Issakidis y Andrews, 2002). Se ha establecido que un 52,6% de personas con agorafobia sin trastorno de pánico solicitaron ayuda durante el año previo al estudio, de los cuales un 45,8% lo hizo en servicios sanitarios (Wang et al., 2005b). Finalmente, cabe mencionar que el estudio de Kessler et al. (2006) mostró que las personas con trastorno de angustia con agorafobia presentaban más solicitud de tratamiento, seguidas por aquellas con trastorno de pánico exclusivamente y con ataques de pánico y agorafobia y finalmente por aquellas con ataques de pánico exclusivamente.

2.2.2. Variables implicadas en el proceso de búsqueda de tratamiento

La escasez de estudios que han analizado la búsqueda de tratamiento en la agorafobia impide determinar la influencia de las variables sociodemográficas, clínicas y motivacionales. Únicamente se ha destacado cómo la presencia en la agorafobia de, al menos, ataques de pánico parciales favoreció la búsqueda de ayuda por parte de profesionales sanitarios (Wittchen et al., 1998). Además, Chartier-Otis et al. (2010), en su estudio con pacientes con trastorno de pánico y agorafobia y fobia social, obtuvieron que las variables que predijeron una necesidad de tratamiento no satisfecha fueron la evitación y la presencia de depresión comórbida.

3. El Trastorno depresivo mayor y la búsqueda de ayuda

3.1. Caracterización clínica del trastorno depresivo mayor

3.1.1. Clasificación y Consideraciones Diagnósticas

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin que haya historia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos. Por otra parte, el o los episodios depresivos mayores no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica, ni se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo. La persona con este tipo de trastorno presenta un estado de ánimo bajo, una reducción de energía y actividad, y una disminución de la capacidad para concentrarse, interesarse y disfrutar. Habitualmente existe un cansancio, incluso tras un mínimo esfuerzo, el sueño está alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo están reducidas y suelen aparecer sentimientos de culpa e inutilidad. El estado de ánimo deprimido varía poco a lo largo del día y de un día a otro y apenas responde a las circunstancias externas.

El trastorno depresivo mayor se encuadra en el DSM-IV-TR (APA, 2002) dentro de los trastornos del estado de ánimo. Su diagnóstico conlleva la presencia de, al menos, un episodio depresivo mayor. En el nuevo DSM-5 (APA, 2014), tanto la caracterización clínica del trastorno, como la referida al episodio depresivo mayor, son prácticamente idénticas a las que se contemplaban en el DSM-IV-TR. Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1993) enmarca dentro de los “Trastornos del humor (afectivos)”, los episodios depresivos y el trastorno depresivo recurrente.

3.1.2. Epidemiología y curso

Prevalencia

Se ha encontrado una prevalencia anual del 5-7% (Kessler et al., 2005b; Regier et al., 1993) y una prevalencia vital del 16,6% (Kessler et al., 2005a). Respecto al género, el TDM es más prevalente en mujeres (Robins et al., 1984). En esta línea, el DSM-IV-TR establece que, tanto en aquellos casos de episodio único como recidivante y tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. Smith, Kyle, Forty, Cooper, Walters et al. (2008) encontraron que las mujeres presentaban un inicio más temprano, mayor número de episodios depresivos

y mayor número de síntomas depresivos durante el episodio más grave. El perfil de síntomas también variaba, de manera que las mujeres presentaban mayor disminución del deseo sexual, más hipersomnia, más variación anímica diurna y más autorreproches, mientras que los hombres presentaban más insomnio de conciliación. Por otra parte, las mujeres presentaban más depresión atípica. Cabe tener en cuenta la importancia de los roles sociales en la prevalencia diferencial de los trastornos de depresivos según el sexo. En el estudio de Plaisier, de Bruijn, Smit, de Graaf, ten Have et al. (2008), tras controlar la edad, nivel educativo y enfermedades físicas, el hecho de vivir en pareja se asoció con menor presencia de trastorno depresivos en ambos sexos, tener hijos no mostró asociación y tener un trabajo fuera de casa fue un factor protector en hombres, pero no en mujeres. Finalmente, en relación a otras variables sociodemográficas, se ha visto que es más prevalente en el grupo de edad 25-44 años (Robins et al., 1984).

Curso

Respecto al curso, el DSM-IV-TR establece que el TDM puede empezar a cualquier edad, situándose la edad media de inicio en la tercera década de la vida, aunque progresivamente esa edad va disminuyendo. De la misma manera, Kessler et al. (2005a) situaron la edad mediana de inicio en 32 años. Según el DSM-IV-TR, en el TDM recidivante, el curso es variable, encontrándose casos en los que hay episodios aislados, entre los que pasa un período prolongado de tiempo sin síntomas depresivos, y casos en los que los episodios depresivos están muy próximos entre sí o son muy frecuentes. El número de episodios previo es predictor de la probabilidad de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Los períodos de remisión suelen durar más en las fases tempranas del trastorno y una remisión parcial aumenta la probabilidad de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. En ocasiones el TDM va precedido de un trastorno distímico, el cual parece incrementar la presencia de otros episodios depresivos mayores, contribuir a una peor recuperación interepisódica y generar la necesidad de un tratamiento más intenso y prolongado.

El DSM-IV-TR pone de manifiesto además que a menudo los episodios depresivos se producen tras un estrés psicosocial grave. En este sentido, se ha comprobado la influencia de estresores asociados con pérdida interpersonales, sobre todo en aquellas personas que han vivido pérdidas o separaciones tempranas

(Horesh, Klomek y Apter, 2008; Slavich, Monroe y Gotlib, 2011). Además, las personas con bajos niveles de estado psicológico positivo están en mayor riesgo de desarrollar depresión (Wood y Joseph, 2010).

3.2. La demora en la búsqueda de ayuda en el trastorno depresivo mayor

3.2.1. Introducción

El TDM es considerado como un trastorno asociado a elevada comorbilidad, reducida calidad de vida y alta mortalidad. Las personas con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15% (APA, 2002). Se ha comprobado que existe una pobre calidad de vida asociada al diagnóstico de trastorno mental, siendo especialmente relevante en el caso de los trastornos del ánimo, de forma que el TDM se ha asociado con una peor salud física, peor bienestar psicológico y peor interacción con el entorno cotidiano (Guan et al., 2011). Así mismo, Plaisier, Beekman, de Graaf, Smit, van Dyck et al. (2010) comprobaron su interferencia sobre el rendimiento laboral, generando además elevado absentismo laboral. La interferencia en el funcionamiento cotidiano se ha relacionado con la gravedad de la depresión (Plaisier et al., 2010; van der Werff, Verboom, Penninx, Nolen y Ormel, 2010), con su cronicidad (Plaisier et al., 2010) y con la comorbilidad con trastornos de ansiedad (Plaisier et al., 2010; van der Werff et al., 2010). El deterioro en la calidad de vida se ha observado incluso en la fase de remisión de la depresión recurrente (ten Doesschate, Koeter, Bockting, Schene y The DELTA Study Group, 2010). De Leval (1999) estudió la influencia que la depresión tenía sobre la calidad de vida, elaborando una teoría en la que la calidad de vida se analizó en un horizonte temporal con sus tres dimensiones de pasado, presente y futuro, en el que el paciente con depresión percibía un pasado saludable alejado del presente enfermo y un futuro borroso o casi ausente, que podía llevar a desear la muerte. Para Berlim, McGirr y Fleck (2008) la gravedad de la depresión constituyó un factor predictivo de deterioro en todos los dominios de la calidad de vida, aunque su impacto en este estudio no resultó elevado.

A pesar de toda esta situación, la investigación establece que un bajo porcentaje de personas con trastorno depresivo buscan tratamiento, oscilando dicho porcentaje en función de los estudios. Hay estudios que han situado dicho porcentaje de búsqueda en algo más de un 30% (Henderson et al., 1992; Kendler, 1995), mientras otros han encontrado porcentajes más altos que oscilan entre un 45 y un

64% (Blumenthal y Endicott, 1996; Chong et al., 2012; Galbaud du Fort et al., 1999; Lin y Parikh, 1999; Regier et al., 1993; Wang et al., 2005b). Sin embargo, dicha búsqueda no es inmediata, llegando a establecerse una demora de 257,74 días (Monroe, Simons y Thase, 1991), con una mediana de demora de 4 años (Chong et al., 2012). Además, se ha encontrado que solo un 11,4% de las personas con TDM reciben tratamiento durante el primer año tras el inicio del trastorno (Chong et al., 2012).

Gladstone, Parker, Malhi y Wilhelm (2007) encontraron que un bajo apoyo social y familiar percibido se relacionaba con mayor sintomatología depresiva, mayor número de episodios depresivos, un inicio temprano, una mayor duración del episodio depresivo actual y una peor recuperación. Cabe considerar que o bien la depresión deteriora las relaciones sociales o la falta de apoyo social influye en la aparición, duración y gravedad de la depresión. Teniendo en cuenta la relevancia del apoyo social en la solicitud de tratamiento, la falta del mismo en la depresión generaría un efecto significativo en la búsqueda de tratamiento.

Cabe destacar un inconveniente en determinados estudios que consiste en la heterogeneidad diagnóstica de la muestra. Bajo el término “trastorno depresivo” se han incluido el trastorno depresivo mayor, el episodio depresivo en el trastorno bipolar, el duelo y la distimia, sin que exista un análisis diferenciado de la demora en función del diagnóstico, por lo que resulta difícil establecer las características del proceso según el cuadro clínico. Tal es el caso del estudio de Galbaud du Fort et al. (1999) en el que la muestra estaba compuesta por sujetos con episodio depresivo mayor (algunos casos en el contexto de un trastorno bipolar), trastorno depresivo secundario a duelo, distimia y depresión subclínica. Se observó diferencia en el porcentaje de sujetos que buscó tratamiento en función del diagnóstico, siendo del 69% en el caso del episodio depresión mayor, del 59% en el caso del duelo y del 57% en el caso de la distimia.

3.2.2. Variables implicadas en el proceso de búsqueda de tratamiento

Variables sociodemográficas

Una de las variables más analizadas es el **género**, encontrándose que las mujeres presentan mayor predisposición a pedir ayuda (Carragher et al., 2010; Galbaud du Fort et al., 1999; Jorm, Medway, Christensen, Korten, Jacomb et al., 2000b). La dificultad de los hombres para hacerlo se presenta incluso en aquellos con mayor grado de malestar. De hecho, un estudio de revisión llevado a cabo por Möller-Leimkühler (2002) estableció que los hombres consultaban menos que las mujeres, a pesar de presentar tasas de suicidio más elevadas, atribuyendo la discrepancia entre la necesidad de tratamiento y la falta de búsqueda de ayuda a la influencia de las expectativas sociales respecto al rol de género, las cuales pueden inhibir la expresión emocional y dificultar la percepción, evaluación y negación de síntomas. Blumenthal y Endicott (1996), sin embargo, no encontraron diferencias según el género.

La **edad** es otra variable que también ha sido estudiada, encontrándose que las personas con mayor edad tenían más probabilidad de buscar tratamiento (Carragher et al., 2010; Kendler, 1995; Lin y Parikh, 1999). Sin embargo, Chong et al. (2012) encontraron que una edad joven predecía una mayor búsqueda de tratamiento.

Respecto al **nivel educativo**, que ha observado que presentar un mayor nivel educativo facilitó la búsqueda de tratamiento (Blumenthal y Endicott, 1996; Carragher et al., 2010; Kendler, 1995).

Con relación al **nivel socioeconómico**, hay estudios que han relacionado un nivel alto con una mayor solicitud de tratamiento (Carragher et al., 2010).

Variables clínicas

Existen variables relacionadas con el **curso** del trastorno que han mostrado su influencia sobre la búsqueda de ayuda. Por una parte, se encuentra la edad de inicio, de manera que un inicio más tardío se ha asociado a una mayor probabilidad de búsqueda de ayuda (Chong et al., 2012; Galbaud du Fort et al., 1999). Por otra parte, se encuentra el tiempo de evolución, tanto del trastorno como del episodio depresivo, de forma que a mayor cronicidad, mayor probabilidad de búsqueda (Blumenthal y Endicott, 1996; Galbaud du Fort et al., 1999). Así mismo, la recurrencia de los episodios depresivos ejerce una influencia, de forma que es más probable que las

personas que no buscan tratamiento presenten un episodio único (Lin y Parikh, 1999), mientras que una historia previa de tratamientos por problemas anímicos o de conducta es más frecuente en los que buscan ayuda (Blumenthal y Endicott, 1996).

Respecto al grado de **deterioro** asociado al cuadro clínico, se ha visto que, aunque los buscadores y los no buscadores presentaban un grado de deterioro general moderado, los no buscadores presentaban menos deterioro (Blumenthal y Endicott, 1996). En la misma línea, se ha visto que un nivel de interferencia secundario al cuadro depresivo predijo la búsqueda de tratamiento (Kendler, 1995).

Respecto a los **síntomas** depresivos, se ha analizado la influencia que tiene tanto la cantidad como el tipo de síntomas. Con relación al número de síntomas, se ha encontrado que la presencia de un mayor número de síntomas favorecía la búsqueda de tratamiento (Carragher et al., 2010; Henderson et al., 1992; Kendler, 1995). Este resultado, sin embargo, no fue encontrado por Blumenthal y Endicott (1996).

Con relación al tipo de síntomas que influyen sobre la búsqueda de tratamiento, se ha encontrado que aquellos que la favorecen son: la pérdida de peso (Galbaud du Fort et al., 1999; Henderson et al., 1992), el insomnio (Galbaud du Fort et al., 1999), la fatiga (Galbaud du Fort et al., 1999), la bradipsiquia (Galbaud du Fort, et al., 1999), la inquietud (Galbaud du Fort et al., 1999), la ideación de muerte y suicidio (Galbaud du Fort et al., 1999; Pagura et al., 2009) y el enlentecimiento psicomotor (Galbaud du Fort et al., 1999). Sin embargo, su influencia no siempre es directa, encontrándose variables de interacción. De esta forma, Galbaud du Fort et al. (1999) obtuvieron que la pérdida de peso incrementó la probabilidad de búsqueda de ayuda en pacientes con más años de evolución. Respecto a la ideación suicida cabe destacar que su influencia fue aún mayor en personas que presentaron un inicio tardío del trastorno depresivo. Respecto al enlentecimiento psicomotor, éste favoreció la búsqueda de tratamiento en mujeres, pero no en hombres.

Dentro de los síntomas depresivos, los síntomas somáticos, entre los que destacan el cansancio, la fatiga, la debilidad y el dolor, han recibido una importante atención, estableciéndose su relación significativa con la gravedad de la depresión (Vaccarino, Sills, Evans y Kalali, 2008; Bahk, Park, Jon, Yoon, Min et al., 2011). El dolor es un síntoma que se ha relacionado con la gravedad y duración de la depresión (Agüera-Ortiz, Failde, Mico, Cervilla y López-Ibor, 2011; Ohayon y Schatzberg, 2010). La presencia de dolor se ha asociado con menor calidad de vida y con más

prevalencia de ideación suicida, con mayor edad, con menos nivel educativo y con mayor proporción de personas viuda, divorciadas o separadas, aunque no se ha asociado con una mayor duración del episodio depresivo actual (Bahk et al., 2011). Pero no solo el dolor sino también las cogniciones catastróficas sobre el mismo tienen un impacto muy importante sobre la calidad de vida (Chung, Tso, Yeung y Li, 2012). Demyttenaere et al. (2006) analizaron la posibilidad de que el dolor se asociara con una mayor gravedad en la depresión, o con mayor discapacidad o que prolongara el curso de la depresión. Efectivamente, encontraron que las personas con depresión más grave presentaron mayor prevalencia de dolor, sin observarse diferencias cualitativas en la sintomatología depresiva, y un incremento de los días de baja laboral. Sin embargo, mientras que el 44,1% de las personas con episodio depresivo y sin dolor buscaron ayuda, el 32,8% de los que presentaron episodio depresivo y dolor lo hicieron. Además, la demora en la búsqueda de tratamiento fue así mismo menor en las personas con episodio depresivo que no tenían dolor (146,1 días), que aquellas que sí presentaban dolor (296,5 días). No se observaron diferencias significativas en función del sexo.

El papel que juega la **comorbilidad** respecto a la búsqueda de tratamiento resulta significativo. Galbaud du Fort et al. (1999) no encontraron una influencia de la cantidad de trastornos comórbidos sobre la búsqueda de tratamiento, aunque sí lo hizo el tipo de comorbilidad. En este estudio, las personas que buscaron tratamiento tenían más probabilidad de presentar comorbilidad con un episodio maniaco, con una fobia específica, con el trastorno de pánico y con el TOC, y menos probabilidad de presentar comorbilidad con abuso o dependencia de alcohol y drogas y con el trastorno de personalidad antisocial. En el análisis multivariado, aquellos sujetos con comorbilidad con manía y trastorno de pánico presentaron más probabilidad de solicitar ayuda. La comorbilidad con abuso/dependencia de alcohol y drogas no favoreció la búsqueda de tratamiento, aunque la probabilidad de hacerlo aumentaba en sujetos con mayor evolución del trastorno depresivo. Aunque la comorbilidad con el TOC en sí no mostró influencia, sí lo hizo en sujetos con un inicio temprano del trastorno depresivo. El TAG y la fobia específica no resultaron predictoras. En otros estudios, sin embargo, se ha obtenido que la comorbilidad con el TAG y con un trastorno fóbico predijeron la búsqueda de tratamiento (Kendler, 1995). Carragher et al. (2010) relacionaron la búsqueda de tratamiento con la presencia de comorbilidad, en algún momento de la vida, con otro trastorno del ánimo, con algún trastorno de ansiedad o con un trastorno de personalidad, y con comorbilidad con trastorno de abuso de sustancias durante el

año previo. La presencia de comorbilidad con patología médica se ha visto que también favoreció la búsqueda de tratamiento. Complicaciones de salud como la hipertensión, problemas cardíacos, gastritis o artritis favorecieron la solicitud de ayuda profesional (Carragher et al., 2010).

El estudio de Monroe et al. (1991) con población clínica con depresión puso de relevancia el papel del **estrés** en la búsqueda de tratamiento. La presencia de estresores durante el año previo al inicio del cuadro depresivo favoreció una búsqueda de tratamiento más temprana, sin embargo, si este estrés era extremo (i.e. dos acontecimientos estresante o uno o más dificultades graves), el tiempo de demora se prolongaba. Los autores establecieron como explicación que, en el caso de estrés extremo, la depresión puede ser valorada como una respuesta normal o puede que la persona esté tan absorbida por las circunstancias estresantes que no tengan oportunidad de solicitar tratamiento. En este estudio además se encontró que los estresores posteriores al inicio de la depresión no influyeron en el tiempo de demora.

Variables actitudinales y motivacionales

En el estudio de Lin y Parikh (1999), la diferencia entre los pacientes que habían recibido tratamiento en Salud Mental y los que no lo habían recibido no se basaba tanto en la clínica como en la actitud hacia el tratamiento. Los pacientes que no recibían tratamiento presentaban actitudes menos positivas hacia la búsqueda de ayuda que los que recibían tratamiento, sintiéndose menos cómodos ante el hecho de hacerlo, aún en el caso en que consideraran como grave el problema mental, sin que influyera la historia previa de tratamiento ni las expectativas sobre el beneficio del tratamiento. En el estudio de Blumenthal y Endicott (1996), sin embargo, sí influyó el hecho de haber recibido previamente tratamiento, concretamente la vivencia del mismo. De hecho, los pacientes que ya recibieron tratamiento previamente no volvieron a solicitarlo por considerar que no fue útil o por valorar como negativa la experiencia con profesionales de Salud Mental.

Muchas actitudes están condicionadas por la información y conocimientos que los pacientes tienen sobre la salud mental, de manera que son varios los estudios que han destacado el papel importante de esta variable sobre la búsqueda de tratamiento en depresión (Goldney, Fisher, Wilson y Cheok, 2002; Jorm, Medway, Christensen, Korten, Jacomb et al., 2000a; Jorm et al., 2000b). Dentro de estos conocimientos en

salud mental destacan aquellos relativos a la causa del trastorno depresivo, considerándose los factores de estrés presentes y pasados como una de las causas más señaladas (Hansson, Chotai y Bodlund, 2010). Por otra parte, Vollmann, Scharloo, Salewski, Dienst, Schonauer et al. (2010) encontraron un alto grado de consenso entre personas con depresión y sin ella respecto a los síntomas constituyentes de la depresión, la percepción de cronicidad, el grado de control sobre la depresión otorgado a la persona que la presenta y la consideración del estrés y los problemas familiares como causas principales. Sin embargo, el hecho de que las personas no deprimidas infravaloraran el impacto emocional de la depresión y consideraran más útil el apoyo orientado a la acción, frente a una mayor valoración por parte de las personas deprimidas del apoyo orientado a favorecer la expresión emocional, podría originar, según los autores, una falta de correspondencia entre la ayuda necesitada y la ayuda proporcionada, que daría lugar a una vivencia de fracaso en el apoyo recibido y por tanto a un incremento en el deterioro interpersonal.

Además de los conocimientos que el propio paciente tiene sobre el trastorno, resulta importante la consideración del mismo por parte de su entorno social. El Trastorno depresivo mayor es reconocido como trastorno mental por una gran parte de la población y su aparición se suele atribuir a acontecimientos estresantes y a un desequilibrio químico cerebral (Link et al., 1999). De hecho, un estudio de Wright, Jorm, Harris y McGorry (2007), con población general joven, estableció que un correcto reconocimiento de la depresión se asoció con valorar la conveniencia de pedir ayuda inmediata y con la recomendación de tratamiento psicológico, de tratamiento con antidepresivos y de recibir ayuda por parte de un trabajador social, y con menos uso de métodos de autoayuda inapropiados (p.e. consumo de sustancias).

Barney et al. (2006) han señalado que la intención de buscar ayuda no es un predictor perfecto de la conducta de búsqueda de ayuda, destacando el impacto que el estigma tiene sobre la intención de buscar ayuda. En esta línea, Wang y Lai (2008) encontraron que el grado de estigma hacia personas con depresión variaba en función de los conocimientos sobre el trastorno y del contacto con personas cercanas con depresión. Sin embargo, estas dos variables no influyeron en la consideración de las personas con depresión como impredecibles y peligrosas, catalogadas así por un 45% y un 20% de la muestra, respectivamente.

El calificativo de peligroso también ha sido señalado en otros estudios (Crisp et al., 2000; Link et al., 1999; Peluso y Blay, 2009), sobre todo en lo respecta a la

violencia hacia sí mismos (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve y Kikuzawa, 1999). A dicha valoración también se ha añadido la consideración de ser personas con las que es difícil hablar (Crisp et al., 2000) y que tienen la capacidad para mejorar por sí solas (Crisp et al., 2000). Además, un número elevado de personas (47%) han señalado su reticencia a interactuar con una persona con Trastorno depresivo mayor (Link et al., 1999).

Peluso y Blay (2009) analizaron la influencia, en población no clínica, de las variables sociodemográficas y la percepción del trastorno depresivo sobre el estigma. Ser hombre y considerar los síntomas depresivos como una enfermedad mental hizo más probable la percepción de peligrosidad. Además, la consideración de trastorno mental y tener una edad joven hizo más probable la presencia de reacciones negativas hacia las personas con trastorno depresivo. La consideración de trastorno mental, la experiencia con personas con problemas mentales y la percepción de peligrosidad se asociaron con discriminación. Así mismo, los jóvenes presentaron más emociones negativas (miedo, deseo de distancia e irritabilidad), mientras que un mayor nivel educativo se asoció con más emociones positivas (simpatía, pena, calidez). Finalmente, un mayor nivel educativo se relacionó con tener más información sobre el trastorno. Respecto a estos resultados, los autores argumentaron que las mujeres tienen más empatía y que los hombres están menos expuestos a depresión, lo que implica menos experiencia e información. Además, los más jóvenes pueden tener menos información y contacto o experiencia con la depresión y mayor intolerancia o impaciencia.

Ben-Porath (2002) analizaron la valoración que hacía una muestra de población no clínica respecto a personas que presentaban depresión o dolencia física y que buscaban o no ayuda. Obtuvieron que las personas con depresión fueron valoradas como más inestables emocionalmente, menos interesantes a nivel interpersonal, menos competentes y menos seguras. Las personas que buscaron ayuda, independientemente de la patología, fueron vistas como emocionalmente más inestables y menos seguras. Las personas con depresión que además buscaron ayuda fueron valoradas como más inestables que las que no buscaron ayuda, no observándose dicha interacción en personas con dolencia física. Cabe destacar que a la muestra del estudio se les ofrecía un caso hipotético de depresión en el que la causa explicitada del cuadro depresivo era una ruptura sentimental, lo que podría sesgar las valoraciones del caso.

Otra de las variables estudiadas ha sido el estigma que experimentan los pacientes con trastorno depresivo y respecto al cual hay que diferenciar entre estigma percibido (i.e. valoración sobre las actitudes de otros hacia una persona con trastorno mental) y estigma personal (i.e. la propia valoración hacia una persona con trastorno mental). Griffiths, Crisp, Jorm y Christensen (2011), en un estudio con población no clínica sobre el trastorno depresivo mayor con y sin ideación suicida, encontraron que el estigma personal predijo la creencia de ser más útil manejar uno mismo la depresión, incluso controlando las variables sociodemográficas y el estigma percibido. Por otra parte, Sirey, Bruce, Alexopoulos, Perlick, Raue et al. (2001) encontraron una diferencia en el nivel de estigma percibido en función de la edad, presentando niveles más altos los adultos jóvenes respecto a los adultos mayores. En éstos últimos un mayor nivel de estigma percibido se asoció, de forma independiente, con una mayor probabilidad de abandonar el tratamiento tempranamente. Así mismo, Schomerus et al. (2012) establecieron que un elevado estigma personal se asoció con una baja percepción de necesidad de tratamiento, pero esta relación directa se vio disminuida por la relación entre el reconocimiento del trastorno mental y la percepción de necesidad de tratamiento.

Schomerus, Matschinger y Angermeyer (2009), en un estudio de screening, analizaron la influencia del estigma en la búsqueda de ayuda por parte de Psiquiatría. Dicho análisis se realizó con personas con presencia o no de sintomatología depresiva. Se obtuvo que anticipar sentimientos de vergüenza por recibir tratamiento psiquiátrico y desear distancia social de una persona que recibe dicho tratamiento se asociaron a una menor intención de solicitar ese tratamiento. Sin embargo, anticipar discriminación por parte de los demás por recibir tratamiento psiquiátrico no mostró asociación con la intención de solicitarlo. Por lo tanto, se refleja una influencia diferencial entre el estigma social (discriminación anticipada) y el estigma personal (vergüenza anticipada). Cabe señalar que la presencia de sintomatología depresiva en la muestra no se relacionó con la intención de buscar tratamiento.

Blumenthal y Endicott (1996) han estudiado las razones concretas que justifican la búsqueda o no de ayuda. Las principales razones para buscar tratamiento fueron considerar que el episodio duraba mucho, valorar que empeoraba y percibir la presencia de deterioro interpersonal y en el funcionamiento cotidiano. Por otra parte, las principales razones para no solicitar ayuda fueron la necesidad de manejar por sí solo el problema, considerar el problema como algo habitual en respuesta a

circunstancias cotidianas y no considerarlo suficientemente grave. Incluso los que buscaron tratamiento plantearon algunas reticencias, que se basaban en considerar que podían manejarlo solo, en pensar que no necesitaban tratamiento, en considerarlo un signo de debilidad y en la preocupación por si otros se enteraban.

3.2.3. Recursos receptores de la solicitud de ayuda

Riedel-Heller, Matschinger y Angermeyer (2005) han considerado que el papel del grupo primario de apoyo en la ayuda hacia personas con depresión ha disminuido a lo largo del tiempo, jugando un mayor papel los profesionales de Salud Mental. La población general del estudio identificó a estos profesionales como la primera elección de tratamiento, entre los que destacaron el psicoterapeuta, seguido del psiquiatra y del MAP. Como opción de tratamiento escogieron la psicoterapia como primera elección. Sin embargo, las recomendaciones variaron en función de la causa a la que se atribuyó el trastorno depresivo y de las variables sociodemográficas de la muestra. Cuando se identificó la depresión como un trastorno mental, aumentó la probabilidad de recomendar a un profesional sanitario y la psicoterapia. Si la causa percibida fue biológica, se recomendó más la ayuda del psiquiatra y menos la del grupo primario de apoyo y, como tratamientos, más la psicoterapia o los psicofármacos y menos la relajación o meditación. Cuando la causa percibida fueron estresores psicosociales, se recomendaron en primer lugar la ayuda de un confidente y la psicoterapia. Las mujeres recomendaron más la psicoterapia y menos los psicofármacos y la meditación. Las personas de más edad recomendaron más la ayuda del MAP y los remedios naturales y menos la ayuda del psicoterapeuta o del confidente y la meditación. Aquellos con mayor nivel educativo recomendaron más la ayuda del psicoterapeuta y del confidente y la meditación y menos la ayuda del MAP y los remedios naturales.

Regier et al. (1993) obtuvieron que un 45% de las personas con trastorno depresivo mayor recibió ayuda por parte de servicios sanitarios durante el año previo al estudio. Dentro de ese porcentaje, el 27,8% recibió ayuda de atención especializada y el 25,3% de atención médica general. Por otra parte, Wang et al. (2005b) encontraron que un 51,7% recibió tratamiento por parte de servicios sanitarios, dentro del cual un 32,9% lo recibieron por parte de Salud Mental, mientras que un 16,8% recibió ayuda por parte de servicios no sanitarios. De la misma manera, Bruce, Wells, Miranda, Lewis y González (2002) establecieron que entre un 35% y un 40% de las

personas con trastornos afectivos no recibieron tratamiento en una USM tras, por lo menos, un año de evolución del trastorno y, además, un 50% de los que lo recibieron sólo provino por parte del médico de atención primaria.

Respecto a los profesionales sanitarios, Blumenthal y Endicott (1996) encontraron que las principales fuentes de búsqueda de tratamiento fueron el psiquiatra, el trabajador social, el psicólogo clínico y un médico no psiquiatra. Por otra parte, mientras que un 68,9% estuvo a favor de recibir tratamiento por parte de Psiquiatría, un 23,9% señalaron su reticencia (Schomerus et al., 2009).

Henderson et al. (1992) encontraron que dentro del porcentaje de personas que buscaron tratamiento, el 80% lo hizo por parte de un profesional de Salud Mental (35% psiquiatra, 35% psicólogo clínico, 10% otro terapeuta), mientras que el 20% lo hizo por parte de un médico no psiquiatra. Por otra parte, dentro de las personas que no buscaron tratamiento, en caso de hacerlo, el 40% afirmó que lo buscaría por parte de un médico, el 17,1% por parte de un amigo o conocido, el 17,1% por parte de un profesional de Salud Mental o de un psicólogo laboral y un 17,1% por parte de otra persona no especificada. Los autores consideraron la posibilidad de que la gravedad clínica podría influir en la fuente de tratamiento elegida, sin embargo, como la muestra empleada fue subclínica, no analizaron dicha influencia.

Barney et al. (2006) analizaron, con una población general con antecedentes de depresión, la probabilidad de buscar ayuda por parte de diferentes profesionales en caso de presentar el cuadro descrito en un caso hipotético y las valoraciones asociadas a cada profesional. Un 73% mostró preferencia por el MAP, un 50% por el "counsellor", un 40% por el psicólogo clínico, un 34% por el psiquiatra y un 37% por otro médico. La consulta con un psiquiatra fue la más valorada como generadora de vergüenza (44%), seguida por la consulta con un psicólogo clínico (38%) y por aquella con un "counsellor" (34%), siendo la consulta con el MAP la menos asociada a sentimiento de vergüenza (29%). Un 20% refirió esperar una respuesta de condescendencia por parte del MAP, un 17% por parte de psiquiatra y un 16% por parte del psicólogo clínico y de un "counsellor". Un porcentaje bajo de personas esperó recibir una valoración despectiva por parte de los profesionales: el 18% por parte del MAP, el 15% por parte del psiquiatra y el 14% por parte del psicólogo clínico y del "counsellor". Respecto a cómo la consulta con cada profesional fue valorada como riesgo de estigma social, el 46% lo relacionó con la consulta con un psiquiatra, el 39% con la consulta con un psicólogo clínico, el 32% con la consulta con un "counsellor", y

el 21% con la consulta con un MAP. Además, se analizó la influencia que suponían las variables sociodemográficas, de forma que las personas más jóvenes manifestaron menos probabilidad de buscar ayuda por parte de todos los profesionales, menos del “counsellor”. Los hombres presentaron menos probabilidad que las mujeres de buscar ayuda por parte de un “counsellor” o de un médico (no MAP, ni psiquiatra). Las personas con nivel educativo medio presentaron menos probabilidad que los de bajo y alto nivel de buscar ayuda por parte de un “counsellor”. Las personas con nivel educativo alto presentaron menos probabilidad de buscar ayuda por parte de otro médico (no MAP, ni psiquiatra). La presencia de estigma social percibido y de autoestigma redujo la probabilidad de buscar ayuda por parte de todas las fuentes. Los autores señalaron la importancia de mostrar reticencias hacia la consulta con un MAP, ya que éste supone la puerta de entrada a otros profesionales, por lo que dicha reticencia limitaría el acceso a los tratamientos oportunos.

4. Los Trastornos de la conducta alimentaria y la búsqueda de ayuda

4.1. Caracterización clínica de los trastorno de la conducta alimentaria

4.1.1. Clasificación y Consideración Diagnósticas

Los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan, como su propio nombre indica, por una alteración grave y persistente en el tipo de alimentación o en la forma de alimentarse que generan un deterioro en la salud física y en el funcionamiento cotidiano. Concretamente, en la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, esa alteración responde a un intento de controlar el peso y la imagen debido a una sobrevaloración de su importancia.

La **Anorexia Nerviosa (AN)** se caracteriza por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente, por un temor intenso a ganar peso, por una autoimposición de un límite máximo de peso bajo y por una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo. Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta, llegando a realizar una dieta muy restringida y limitada a unos pocos alimentos. Derivado de ello, suele haber desnutrición con alteraciones y cambios endocrinos y metabólicos. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso y ese miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso. Además, existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se sienten “obesas”, mientras que otras reconocen que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de elevada autodisciplina, y por lo tanto, valoran el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) incluye la anorexia nerviosa dentro de los “Trastornos de la conducta alimentaria”. El nuevo DSM-5 (APA, 2014) sigue el mismo criterio, y modifica el criterio diagnóstico inicial: en lugar de *“Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla”*, que se indicaba en el DSM-IV-TR, en la nueva versión este criterio enfatiza la restricción de la ingesta en lugar del rechazo al mantenimiento del peso, i.e.

“Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física”. Además, se elimina el antiguo criterio D que hacía referencia a amenorrea en mujeres prepúberes. Los criterios referidos al miedo a ganar peso y alteración en la percepción del peso o la silueta se mantienen prácticamente igual.

Por otra parte, la CIE-10 (OMS, 1993) incluye la anorexia nerviosa dentro de los “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” y, a su vez, al igual que el DSM-IV-TR, dentro de los “Trastornos de la conducta alimentaria”. Aunque contempla la posibilidad de que también estén presentes conductas compensatorias (p.e. vómitos, purgas, diuréticos o ejercicio físico intenso), no especifica subtipos como el DSM-IV-TR.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 difieren en algunos aspectos de los del DSM-IV-TR. En primer lugar, la CIE-10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de alimentos que engordan. Por otra parte, indica que en el hombre conlleva una pérdida del interés y la potencia sexual. Finalmente, a diferencia del DSM-IV-TR, donde el diagnóstico de anorexia nerviosa tiene preferencia sobre el de bulimia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se dan atracones de forma regular.

La **Bulimia Nerviosa** (BN) se caracteriza por la presencia de atracones y métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso y por una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico y a complicaciones somáticas. El atracón es definido como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de las personas comerían (APA, 2002). Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta estricta o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir el malestar de manera transitoria, pero seguidamente suelen provocar sentimientos de culpa, sensación de falta de control y estado de ánimo depresivo. Otra característica del trastorno consiste en la realización de conductas compensatorias inadecuadas para evitar la ganancia de peso. Son diversos los métodos utilizados, pero el más habitual es la provocación del vómito, cuyo efecto inmediato es la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a engordar.

Otras conductas compensatorias son el uso excesivo de laxantes y diuréticos y la realización de ejercicio físico intenso.

Al igual que la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa se encuadra en el DSM-IV-TR (APA, 2002) dentro de los “Trastornos de la conducta alimentaria”, y esto se mantiene en el DSM-5 (APA, 2014). Sin embargo en el nuevo manual se eliminan los subtipos purgativo y no purgativo del manual anterior, y se incluyen como especificadores únicamente el nivel de gravedad (que se realiza sobre la base del número de conductas compensatorias semanales) y el estado de posible remisión (parcial o total).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), las personas con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunas presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y escogen alimentos de bajo contenido calórico, a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

Por otra parte, la CIE-10 (OMS, 1993), al igual que sucede con la anorexia nerviosa, incluye la bulimia nerviosa dentro de los “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” y a su vez dentro de los “Trastornos de la conducta alimentaria”. Contempla la posibilidad que se no estén presentes conductas purgativas, incluyendo el ayuno como conducta compensatoria, pero no especifica subtipos como el DSM-IV-TR.

El DSM-IV-TR y la CIE-10 proponen criterios diagnósticos similares, excepto en lo referente a la relación entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. A diferencia del DSM-IV-TR, que excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa si tiene lugar exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nerviosa si se han dado atracones de forma regular.

4.1.2. Epidemiología y curso

Prevalencia

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), la anorexia nerviosa parece ser más prevalente en las sociedades industrializadas, en las que abunda la comida y en las que estar delgado es signo de atractivo. Las personas procedentes de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde es más prevalente pueden presentar el trastorno si han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado se relaciona con la belleza. Así mismo señala que la anorexia nerviosa raramente se inicia antes de la pubertad y pone de manifiesto la contradicción de datos existente cuando el trastorno se da en la prepubertad. En este sentido, por una parte, se sugiere que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales y, por otra, se manifiesta que el pronóstico del trastorno es más favorable cuando se da en la primera adolescencia. El inicio temprano de la AN se ha puesto de manifiesto en otros estudios, como el de Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen y Merikangas (2011), en el que la mediana en la edad de inicio se situó en los 12,3 años.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) afirma que más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se da en mujeres. En éstas, la prevalencia vital del trastorno es del 0,5%, siendo predominante los casos subclínicos. De forma similar, el estudio de Swanson et al. (2011) observó una prevalencia vital de la AN del 0,3% y del 0,8% en el caso de la AN subclínica. Este estudio, además, situó en un 0,2% la prevalencia de la AN en el año previo a la realización del mismo. Respecto a la prevalencia vital, no se observaron diferencias ni en función del género ni del nivel socioeconómico, aunque la AN subclínica tuvo más prevalencia en mujeres.

Por otra parte, según el DSM-IV-TR (APA, 2002), por lo menos un 90% de las personas que padecen bulimia nerviosa son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres. La prevalencia entre las adolescentes y jóvenes adultas es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones, la prevalencia es diez veces menor. Una prevalencia menor se observó en el estudio de Swanson et al. (2011), de forma que la prevalencia vital se situó en un 0,9% y la prevalencia en el año previo a la realización del estudio en un 0,6%. La prevalencia fue mayor en mujeres, pero no varió según el nivel socioeconómico. Además, en inicio de la BN fue temprano con una mediana de 12,4 años.

Curso

Respecto a la anorexia nerviosa, el DSM-IV-TR (APA, 2002) establece que su inicio ocurre habitualmente en la adolescencia, siendo excepcional su aparición en mujeres mayores de 40 años, y su comienzo se asocia a menudo a un acontecimiento estresante. El curso suele ser muy variable, dado que algunas personas se recuperan totalmente tras un único episodio, mientras que otras tienen un curso fluctuante y otras sufren un deterioro crónico que puede desencadenar en muerte por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. En esta misma línea, Deter y Herzog (1994) encontraron que un 30% de las pacientes presentaron muy buena y buena evolución en un seguimiento a largo plazo, mientras que un 11% presentó un curso crónico y un 11% falleció. Por otra parte, el DSM-IV-TR (APA, 2002) establece que, a lo largo de la evolución del trastorno, una parte significativa de personas que padecen AN tipo restrictiva empieza a recurrir a atracones, lo que supone un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. Un cambio mantenido en las características clínicas puede llevar a una evolución del cuadro hacia la bulimia nerviosa.

Con relación a la bulimia nerviosa, el DSM-IV-TR (APA, 2002) establece que su inicio se produce generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de muestras clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. A largo plazo, los síntomas parecen disminuir en muchas personas. Los períodos de remisión superiores a un año se asocian a una mejor evolución a largo plazo.

En un estudio longitudinal de 5 años, Fairburn, Cooper, Doll, Norman y O'Connor (2000) observaron que la bulimia nerviosa presentaba un curso muy inestable, de forma que en cada año de seguimiento un tercio de los casos presentaban una remisión del trastorno, mientras que otro tercio recaía. Además, el 15% de los participantes del estudio seguía cumpliendo criterios diagnósticos de bulimia nerviosa en el seguimiento a 5 años, mientras que más de la mitad presentaba alguna manifestación clínica de alteración en la conducta alimentaria. En la misma línea, el estudio longitudinal de Keel, Mitchell, Miller, Davis y Crow (1999) mostró que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de BN descendía a lo largo de los años de seguimiento, llegando al 11% el porcentaje de pacientes que presentaba el trastorno a

los 10 años de seguimiento. A pesar de ello, un 30% mantenía atracones o conductas purgativas.

4.2. La demora en la búsqueda de ayuda en los trastornos de la conducta alimentaria

4.2.1. Introducción

Los TCA constituyen un grave problema de salud, que repercute muy negativamente no sólo en la salud mental sino también en la salud física. Además, se ha observado una elevada interferencia, tanto de la AN como de la BN en el área social, familiar y académico-laboral (Swanson et al., 2011). Ello es especialmente relevante por el hecho de que la población más afectada corresponde a jóvenes en edad de estudio y/o trabajo y en edad fértil. González, Padierna, Quintana, Aróstegui y Horcajo (2001) analizaron el impacto de los TCA sobre la calidad de vida, encontrando un deterioro mayor que en la población general y similar al de otros trastornos mentales, situándose el mayor impacto en las áreas mentales, sobre todo en el rol emocional y el funcionamiento social. Dentro de los TCA, los pacientes con AN, tipo purgativo, serían los que presentarían una peor percepción en su calidad de vida. A pesar de haber un mayor deterioro en las áreas mentales, la repercusión sobre aspectos físicos resulta muy relevante, de hecho en este mismo estudio, los pacientes destacaron la afectación en el rol físico y la vitalidad y la presencia de dolor corporal. En muchos casos, es esta repercusión sobre la salud física la que favorece una solicitud de ayuda, promovida más por el entorno de la paciente que por ésta misma. A menudo los familiares llevan a la paciente con anorexia nerviosa al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso o cuando observan que no gana peso. Por otra parte, si la paciente decide buscar ayuda médica es debido al malestar físico y psicológico que le ocasiona el comer tan poco, siendo poco habitual que una mujer con anorexia nerviosa se queje de la pérdida de peso por se.

Hay estudios que establecen que sólo una minoría de personas con trastorno de la conducta alimentaria recibió tratamiento específico para dicho problema, estableciéndose un porcentaje entre el 23 y el 40% (Hart, Granillo, Jorm y Paxton, 2011; Mond et al., 2007; Swanson et al., 2011), mientras que más de un 70% lo recibió por otro problema mental comórbido (Mond et al., 2007; Swanson et al., 2011). Cabe destacar que los resultados de algunos de estos estudios se basan en el conjunto de

una muestra heterogénea, compuesta por participantes con AN, BN, TCA no especificado y trastorno por atracón.

Por otra parte, Reas, Williamson, Martin y Zucker (2000) destacaron que dicho tratamiento no se recibe de manera inmediata al inicio del trastorno alimentario, encontrándose en la caso de la BN una evolución media de 5,7 años antes de recibir el primer tratamiento. Para estos autores, el hecho de no recibir tratamiento en los primeros años posteriores al inicio de la BN conduce a una cronificación, a mayor comorbilidad con depresión y por tanto a una peor respuesta al tratamiento psicológico. En la misma línea, Keel et al. (1999) encontraron, respecto a la bulimia nerviosa, que una historia de consumo de sustancias y una mayor duración del trastorno previo al inicio del tratamiento predecía peor resultado en el seguimiento a largo plazo.

4.2.2. Variables implicadas en el proceso de búsqueda de tratamiento

Variables sociodemográficas

Los estudios revisados apenas analizan la influencia de estas variables sobre el proceso de búsqueda de tratamiento. Únicamente destaca el estudio de Becker, Arrindell, Perloe, Fay y Striegel-Moore (2010) que pone de manifiesto la influencia de la raza en la búsqueda de ayuda. Por una parte, señalan que, tanto en personas pertenecientes a minorías étnicas como en aquellas no pertenecientes a dichas minorías, influía la vergüenza y el estigma asociados a revelar el problema o pedir ayuda. Por otra parte, el estudio establece cómo los estereotipos sociales influyen en función de la raza, de forma que el hecho de que se crea que los TCA no afectan a minorías étnicas conlleva que los profesionales no detecten o minimicen el trastorno; mientras que en personas de raza blanca se favorece su detección y las pacientes se sienten con más facilidad para hablar sobre ello. Además, destacan que hay minorías étnicas en las que no se aprueba socialmente la búsqueda de ayuda.

Variables clínicas

La presencia de un alto nivel de interferencia funcional es predictora de la búsqueda de tratamiento en la AN y la BN (Keel et al., 2002), siendo en el estudio de Mond et al. (2007), la variable más asociada con dicha búsqueda.

La gravedad del trastorno alimentario, tanto en la AN como en la BN, igualmente se ha mostrado predictora de la búsqueda de tratamiento (Keel et al., 2002).

El reconocimiento del trastorno también es una variable muy importante en la búsqueda de ayuda. Mond et al. (2006), en un estudio con BN y trastornos alimentarios no especificados, encontraron que el 48,1% de la muestra no reconocía la presencia del problema, hallándose una relación positiva entre el reconocimiento y la búsqueda de tratamiento. Además, el grupo que tenía conciencia del problema presentaba más nivel de psicopatología y malestar psicológico general y más vómitos. De hecho, la presencia de vómito autoinducido y un mayor Índice de Masa Corporal (IMC) fueron las únicas variables asociadas con el reconocimiento.

Como ya se ha comentado más arriba la comorbilidad también es un factor muy relevante en la búsqueda de ayuda, siendo en muchos casos la causa principal o inicial por la que se recibe tratamiento. En este sentido cabe destacar los elevados síntomas y enfermedades médicas asociadas. El DSM-IV-TR (APA, 2002) destaca la presencia, entre otros, de amenorrea o irregularidades en la menstruación, de estreñimiento, dolor abdominal, letargia, hipotensión, hipotermia, anemia y alteraciones cardiovasculares secundarios a la inanición, de hipertrofia en las glándulas salivares, erosiones dentales y cicatrices en el dorso de la mano secundario al vómitos, y de desequilibrios electrolíticos secundarios a las purgas. Respecto a la comorbilidad con otros trastornos mentales, destaca la influencia de dicha comorbilidad, tanto en la AN como en la BN, con trastornos del ánimo y trastornos de personalidad (Keel et al., 2002).

Variables actitudinales y motivacionales

Como ya se ha expuesto más arriba, uno de los factores que pueden interferir tanto en la búsqueda de ayuda como en la detección de los trastornos alimentarios es la ocultación del problema. Becker et al. (2005) realizaron un estudio de screening en el que analizaron la revelación de síntomas, las personas a las que los revelaron, la voluntariedad de dicha revelación y el ocultamiento de síntomas. Encontraron que el 97,7% de la muestra había revelado a alguien sus preocupaciones sobre la alimentación y el peso. Dicha revelación la realizaron con más probabilidad a un amigo (86,6%) que a un profesional sanitario (46,3%), a los padres (52,8%) o a los

profesores (10,6%). Sólo un 35,6% manifestó haber hablado de sus preocupaciones con un profesional de Salud Mental. La probabilidad de revelar la información a un profesional sanitario no varió según el género, aunque sí lo hizo según la edad, de modo que a mayor edad, mayor probabilidad de revelarla a un profesional sanitario. Entre aquellos que hablaron con un profesional sanitario, un 31,9% lo hizo voluntariamente. Dentro del 68,1% restante, únicamente un 22,4% fue preguntado por el profesional, tras lo cual un 90,9% reveló la información. Este porcentaje tan elevado contrasta con el 60% de los que revelaron la información tras ser preguntados por los padres, o con el 46,2% tras ser preguntado por los profesores. Este estudio también analizó la asociación entre haber revelado el problema y la consecuente búsqueda de tratamiento, observando que mientras haberlo revelado a un profesional sanitario general o a un profesional Salud Mental favoreció la búsqueda de tratamiento, no lo favoreció la revelación a un amigo, familiar o profesor.

Uno de los factores importantes que dificultan la solicitud de tratamiento, por su relación con la ocultación de síntomas, es la vergüenza respecto a la conducta alimentaria y el cuerpo (APA, 2002; Goss y Allan, 2009; Keith, Gillanders y Simpson, 2009). Pero además el sentimiento de vergüenza generalizado ha sido señalado como un afecto negativo central en los trastornos de conducta alimentaria (Grabhorn, Stenner, Stangier y Kaufhold, 2006). Dicha vergüenza, que inicialmente aparece de manera secundaria a un rechazo por parte de los iguales (Keith et al., 2009) y a experiencias tempranas aversivas (Goss y Allan, 2009), favorece la aparición de alteraciones en la conducta alimentaria como estrategia de control sobre la vergüenza. Sin embargo con la evolución del cuadro, la vergüenza acaba dirigiéndose también hacia dichas alteraciones alimentarias y hacia el propio cuerpo. Dado que la conducta de control sobre el propio cuerpo se asocia con un incremento de la autoestima y ayuda a manejar los sentimientos de vergüenza, se acaba desarrollando un sentimiento de orgullo hacia las alteraciones de la conducta alimentaria que lleva a negar el problema (Goss y Allan, 2009). Con relación a toda esta dinámica de variables, se ha objetivado cómo un nivel elevado de ansiedad social supone un impedimento en la solicitud y continuidad del tratamiento (Goodwin y Fitzgibbon, 2002).

El estigma asociado a los TCA es otra variable que afecta a la búsqueda de tratamiento. De hecho, los pacientes con TCA ha sido calificados como personas que

pueden mejorar por sí solas, culpables de su problema y con las que es difícil comunicarse (Crisp et al., 2000).

4.2.3. Recursos receptores de la solicitud de ayuda

Sansone, Wiederman y Sansone (1997), en un estudio con personas con algún tipo de alteración en la conducta alimentaria (no especifican un diagnóstico formal de TCA), encontraron que los participantes en su estudio realizaron mayores consultas a Atención Primaria en comparación con sus iguales.

Por otra parte, en el estudio de screening de Mond et al. (2007), con mujeres con diferentes trastornos de la conducta alimentaria, un porcentaje bajo (40,3%) refirió haber recibido tratamiento específicamente para el trastorno alimentario. De éstos, la mayoría recibieron tratamiento por parte del MAP, mientras que sólo el 11,3% buscaron ayuda del psicólogo clínico o del psiquiatra. La mayoría de la muestra (74,2%), sin embargo, había recibido tratamiento por un problema general de salud mental (i.e. síntomas de ansiedad o depresión), en su mayoría por parte de un médico de atención primaria. Por otra parte, toda la muestra había hecho uso de alguna estrategia informal de ayuda como hablar con un amigo (85,4%), recabar información sobre el problema o los tratamientos disponibles (83,4%), salir más o encontrar una nueva afición (83,4%), apuntarse a un gimnasio (73,9%) y tomar vitaminas (65%). Un alto nivel de interferencia funcional y los diagnósticos de AN y BN tipo purgativo fueron las variables más asociadas con la solicitud de tratamiento por parte de un profesional de Salud Mental.

De forma contraria al estudio de Mond et al. (2007), en el estudio de Swanson et al. (2011) más de un 60% de los participantes con AN y con BN había recibido tratamiento en la USM, frente al 26,9% y al 49,2%, respectivamente que lo había recibido por parte del MAP.

5. El Trastorno por dependencia a cocaína y la búsqueda de ayuda

5.1. Caracterización clínica del trastorno por dependencia a cocaína

5.1.1. Clasificación y Consideraciones Diagnósticas

La dependencia de sustancias se caracteriza por un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que reflejan la continuidad del consumo a pesar de la presencia de problemas significativos asociados al mismo. Existe, por tanto, un patrón repetido de consumo que a menudo conlleva tolerancia, abstinencia y una ingesta descontrolada de la sustancia. Ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias ni suficientes para diagnosticar la dependencia de sustancias, pero su presencia se asocia a un curso más grave.

Tanto el DSM-IV-TR (APA, 2002) como la CIE-10 (OMS, 1993) no incluyen criterios específicos para el diagnóstico de dependencia a una determinada sustancia, ni por tanto para la cocaína, por lo que los criterios diagnósticos que se emplean son aquellos generales para la dependencia a cualquier sustancia. El trastorno por dependencia a una sustancia se caracteriza por un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo continuado de una sustancia y que normalmente incluye un deseo intenso de consumir la droga, dificultades para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias dañinas, mayor prioridad del consumo que de otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia a la sustancia y, a veces, presencia de abstinencia física.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) encuadra la dependencia de sustancias dentro de los "Trastornos por consumo de sustancias", mientras que la CIE-10 (OMS, 1993) incluye el síndrome de dependencia dentro de los "Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas".

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV-TR para la dependencia de sustancias son similares, aunque no idénticos. Los 7 criterios del DSM-IV-TR se encuentran recogidos en 5 criterios de la CIE-10, la cual añade uno más para hacer referencia al anhelo (craving) por la sustancia. Por otra parte, en el DSM-IV-TR se especifica que debe existir un patrón desadaptativo del consumo de sustancia que

provoque un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad de la persona, mientras que la CIE-10 requiere una duración mínima de los síntomas de un mes o una repetición de los episodios durante un período de 12 meses.

El DSM-IV-TR (APA, 2002) hace un intento por concretar la dependencia a cocaína aludiendo en los criterios diagnósticos a las características psicótropas de esta sustancia, las cuales determinan las características concretas de la tolerancia y de la abstinencia y los problemas físicos y psicológicos asociados. Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), la cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los sujetos con dependencia a cocaína suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y, como resultado de ello, pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga, o solicitar anticipos para comprarla. Los sujetos con dependencia a la cocaína a menudo necesitan interrumpir el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales. Las responsabilidades laborales o familiares, como el cuidado de los hijos, pueden abandonarse para obtener o consumir cocaína. Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso. La tolerancia aparece con el consumo repetido, independientemente de la vía de administración. Es posible observar síntomas de abstinencia, especialmente hipersomnia, aumento del apetito y estado de ánimo disfórico, siendo probablemente éstos los que aumentan el craving y la probabilidad de recaer en el consumo. La gran mayoría de individuos que sufren dependencia de cocaína han presentado signos de dependencia fisiológica a esta sustancia (tolerancia o abstinencia) en algún momento. La designación “con dependencia fisiológica” se ha asociado a un inicio más temprano de la dependencia y a un mayor número de problemas relacionados.

A diferencia de ambos sistemas, el DSM-5 (APA, 2014) establece una categoría de trastornos relacionados con sustancias, que denomina “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” bajo la cual se incluyen las diferentes sustancias que generan adicción en una secuencia de sub-categorías diferentes (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes, y tabaco). Como es natural, la cocaína

se menciona de manera específica en el grupo de los estimulantes. La estructura interna de esas subcategorías es prácticamente idéntica, pues únicamente se hace referencia a tres parámetros o criterios: Gravedad, Intoxicación y Abstinencia.

5.1.2. Epidemiología y curso

Prevalencia

Los hombres presentan un mayor consumo de cocaína que las mujeres (APA, 2002). Waldrop, Back, Brady, Upadhyaya, McRae et al. (2007) analizaron la relación entre el estrés y el consumo en función del género. Los hombres y mujeres más sensibles a estresores cotidianos tenían más probabilidad de consumir cocaína en situaciones negativas y situaciones de tentación y los hombres además en situaciones agradables. Mientras que la cantidad de consumo diario en mujeres se asociaba con menos reactividad a estresores cotidianos, en hombres se asociaba con más reactividad. Además, las reacciones negativas a estresores cotidianos se relacionaron con abuso emocional temprano en hombres y con situaciones traumáticas tempranas en mujeres.

Respecto a la prevalencia según otras variables sociodemográficas, cabe destacar que el consumo de cocaína se da en todas las razas, grupos socioeconómicos y grupos de edad (APA, 2002).

Curso

Wagner y Anthony (2007) han establecido el pico de riesgo para el primer consumo de cocaína en los 21-22 años, con un 5-6% de consumidores que se acaba convirtiendo en dependientes en el primer año de consumo, tanto en hombres como en mujeres. Según este estudio, el riesgo disminuía tras ese primer año, aunque en las mujeres la disminución era mayor durante el segundo y tercer año.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), la dependencia de cocaína se asocia a dos patrones de autoadministración: el consumo episódico y el diario. En el patrón episódico, el consumo de cocaína tiende a estar separado por 2 ó más días de no consumo. Los atracones son una forma de consumo episódico que implica un consumo de dosis altas en un período de horas o días, que con frecuencia se asocia a

dependencia. Los atracones terminan habitualmente cuando se termina la cocaína. El consumo diario puede implicar dosis altas o bajas y puede aparecer a lo largo del día o estar restringido a unas horas. En el consumo crónico diario generalmente no hay fluctuaciones muy amplias de las dosis, pero sí un aumento de las dosis a lo largo del tiempo. El consumo intravenoso o fumado tiende a asociarse con una progresión rápida del uso al abuso o dependencia, que aparece con frecuencia en semanas o meses. El consumo intranasal se asocia con una progresión más gradual, apareciendo la dependencia habitualmente en meses o años.

5.2. La demora en la búsqueda de ayuda en el trastorno por dependencia a cocaína

5.2.1. Introducción

Los trastornos por consumo de sustancias generan un elevado deterioro en el funcionamiento cotidiano y graves complicaciones de salud. En concreto, la dependencia de sustancias se ha asociado con menor salud mental, con comorbilidad con trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, y con menor funcionamiento social y emocional (Compton, Thomas, Stinson y Grant, 2007), lo cual es especialmente relevante teniendo en cuenta que la mayor prevalencia del trastorno se da en personas con una edad entre los 15 y los 25 años, con una media de edad de inicio de la dependencia de 21,7 años (Compton et al., 2007).

A pesar de esta compleja y difícil situación, la búsqueda de tratamiento es reducida, encontrando estudios que sitúan el porcentaje de personas con dependencia a sustancias que solicitan ayuda entre un 15% y un 50% (Compton et al., 2007; Grella et al., 200; Regier et al., 1993; Wang et al., 2005b), siendo los 27,2 años la media de edad al inicio del primer tratamiento (Compton et al., 2007). Por otra parte, la búsqueda de tratamiento en muchos casos no ocurre hasta que dicho deterioro es significativo, comprobándose cómo la comorbilidad con trastornos mentales se asoció con la búsqueda de tratamiento (Compton et al., 2007). Esta situación podría explicarse por el elevado número de personas con dependencia a sustancias que no valora la necesidad de ayuda, llegando a situarse en casi un 77%, mientras que un porcentaje no despreciable de 8,5% valoró la necesidad, sin llegar a solicitar tratamiento (Grella et al., 2009). Respecto a los recursos de los que se recibe ayuda, un 49,8% recibió atención por parte de servicios sanitarios y un 42,9% la recibió

concretamente por parte de Salud Mental, mientras que sólo un 6% recibió ayuda por parte de servicios no sanitarios (Wang et al., 2005b). Se ha comprobado que una mayor duración de la dependencia y la presencia de más problemas secundarios al consumo favorecieron la percepción de necesidad de ayuda y la recepción de la misma (Grella et al., 2009).

Se ha visto que existen diferencias en la solicitud de tratamiento en función del tipo de sustancia. Mariani, Cheng, Bisaga, Sullivan, Carpenter et al. (2011) hallaron que las personas con dependencia a la cocaína y a opiáceos presentaron más probabilidad de búsqueda de tratamiento que los dependientes a cannabis, encontrándose que los primeros presentaban una mayor valoración de las consecuencias del consumo de sustancias.

En un intento por analizar el curso del consumo de cocaína y la solicitud de tratamiento, Hser, Evans, Huang, Brecht y Li (2008) situaron el inicio del consumo de cocaína a los 23 años, siendo a los 26 años cuando dicho consumo se convertía en habitual. Sin embargo, no era hasta los 33 años cuando en la mayoría de los casos se buscaba por primera vez tratamiento. Llama la atención que exista una demora de 10 años en la solicitud de tratamiento desde el inicio del consumo y 7 años desde el consumo habitual, si se tiene en cuenta que el consumo de cocaína sola o combinada con alcohol se ha asociado a afectación de la salud mental, consumo de otras sustancias y consecuencias sociales negativas (Hedden, Malcolm y Latimer, 2009). Además, la dependencia a cocaína, según el DSM-IV-TR (APA, 2002), implica un gasto muy elevado de dinero en corto espacio de tiempo para obtener la sustancia, dando lugar a graves problemas económicos, que en ocasiones conducen a actividades delictivas para conseguir dinero. La dependencia a largo plazo produce comportamientos erráticos, aislamiento social, comportamiento agresivo y disfunción sexual. Así mismo, son frecuentes las enfermedades médicas como son la irritación y hemorragia de la mucosa nasal, la perforación del tabique nasal, la hepatitis, la tuberculosis y otras infecciones pulmonares y la pérdida de peso y malnutrición. Por otra parte, el uso de inyecciones intravenosas y el aumento de un comportamiento sexual promiscuo constituyen un factor de contagio y transmisión del VIH y de otras enfermedades infecciosas. En personas jóvenes y con buena salud, el consumo de cocaína se asocia a infarto de miocardio, arritmias, accidentes cerebrovasculares, crisis comiciales e incluso muerte súbita.

Aunque los tratamientos han mostrado ser eficaces en el abandono del consumo (Hser et al., 2008), la influencia de otras variables puede explicar la demora observada en la solicitud de tratamiento. A continuación, se analizan las más destacadas por la literatura.

5.2.2. Variables implicadas en el proceso de búsqueda de tratamiento

Variables sociodemográficas

Najavits y Lester (2008) encontraron que las mujeres presentaban una actitud más positiva hacia el tratamiento, mayores expectativas hacia el beneficio del tratamiento y mayor participación en actividades de autoayuda. Aunque las mujeres presentaban menos años de consumo de sustancias a lo largo de la vida, mostraban, sin embargo, mayor deterioro en la salud física y mental, mayores problemas familiares y socioeconómicos y más deterioro en las áreas social y laboral.

Variables clínicas

Stulz, Thase, Gallop y Crits-Christoph (2011) encontraron que los pacientes con dependencia a cocaína que buscaron tratamiento presentaban sintomatología depresiva elevada al inicio del tratamiento, encontrándose, además, una asociación positiva entre la gravedad de la depresión y la gravedad del consumo al inicio del estudio. Sin embargo, el papel de la depresión en la búsqueda de tratamiento no está claro, ya que el meta-análisis de Conner, Piquart y Holbrook (2008) indicó que, aunque la depresión se asociaba con el consumo de cocaína y con el deterioro secundario, no predijo la participación en el tratamiento. A pesar de ello, hay que considerar con cautela este último resultado por la escasez de estudios que lo han analizado y por la heterogeneidad de los tamaños del efecto.

El estudio de Ford, Gelernter, De Voe, Zhang, Weiss et al. (2009) estableció que la comorbilidad con un trastorno mental no conllevó necesariamente una mayor gravedad de la dependencia a cocaína, aunque sí lo hizo una historia de dependencia a otras sustancias. Esta última, junto con la presencia de comorbilidad con el TDM y con el TEPT, favorecieron la recepción de tratamiento. Por otra parte, la participación en programas de autoayuda estuvo favorecida por la historia de dependencia a otras

sustancias y por la presencia de comorbilidad con el trastorno bipolar, con la personalidad antisocial y con el TEPT.

Variables actitudinales y motivacionales

En primer lugar, cabe tener en cuenta los motivos que favorecen el consumo, ya que pueden influir en la demora en la solicitud de tratamiento, dado que éste supondría dejar de obtener los beneficios inicialmente asociados al consumo. Hayaki, Anderson y Stein (2008) encontraron que el consumo de cocaína se asoció positivamente con la expectativa de que dicho consumo incrementaría el disfrute social y físico y negativamente con la expectativa de que el consumo contribuiría a un deterioro cognitivo y físico. Por otra parte, Hartwell, Back, McRae-Clark, Shaftman y Brady (2012) observaron que el consumo de cocaína se relacionaba con estar expuesto a tentaciones por parte de otros y con percibirlo como una forma de probarse a sí mismo acerca del control sobre el consumo.

De la misma manera, la ausencia de percepción de necesidad o la negación del problema se han identificado como las principales barreras que impiden recibir tratamiento por el consumo de sustancias (Clark, Power, Le Fauve y López, 2008). Sin embargo, no son las únicas. De hecho, Brown, Bennett, Li y Bellack (2011) obtuvieron que la presencia de comorbilidad con trastornos mentales graves complicaba tanto el inicio del tratamiento como el mantenimiento del mismo. La patología dual en hombres y la comorbilidad con esquizofrenia dificultó el inicio de tratamiento, mientras que la presencia de sentimientos positivos hacia la familia favoreció la continuidad en el tratamiento, y la dependencia actual y los problemas legales impidieron dicha continuidad. No obstante, el cuadro psicopatológico comórbido y la motivación al cambio no influyeron en la continuidad del tratamiento. Grella et al. (2009), sin embargo, encontraron que la comorbilidad con trastornos del ánimo se asoció tanto a la percepción de necesidad como a la solicitud de tratamiento.

La importancia de la motivación respecto al inicio y mantenimiento del tratamiento queda reflejada en el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982), el cual se elaboró para explicar la disposición al cambio específicamente en la conducta adictiva. El modelo distingue los siguientes aspectos: 1) distintos niveles de predisposición respecto a la modificación de la conducta adictiva, conocidos como *estadios de cambio*; 2) el tipo de actividades que se realizan

para modificar el hábito adictivo y que posibilitan comprender cómo se produce el cambio, denominadas *procesos de cambio*; y 3) aspectos psicológicos susceptibles de ser cambiados, denominados *niveles de cambio*.

A continuación se describen los *estadios de cambio*. La **Precontemplación** es la etapa en la que no se tiene intención de cambiar. Habitualmente la persona no tiene conciencia del problema o no considera las consecuencias a corto, medio o largo plazo de su conducta. Las ventajas de consumir tienen más peso que los inconvenientes. Las personas cercanas observan con más claridad la conducta adictiva, por lo que tratan de convencer a la persona de que la abandone. A pesar de la nula conciencia del problema, la persona con problemas de adicción puede acudir a tratamiento ante presiones familiares, sociales, laborales o judiciales. La **Contemplación** es la etapa en la que se empieza a ser consciente del problema y se considera la posibilidad de dejar la conducta dentro de los 6 meses siguientes, aunque sin un compromiso firme de cambio. En esta etapa se valora, más que en la precontemplación, las ventajas de cambiar, pero aún influyen mucho los inconvenientes del cambio. Muchos adictos buscan tratamiento en esta etapa, aunque no se muestran receptivos al compromiso. La **Preparación o determinación** es la etapa en la que el adicto se dispone a actuar, por lo que se producen pequeños cambios en la conducta adictiva, con el compromiso de efectuar mayores cambios en el plazo inmediato de un mes. Es la etapa en la que las ventajas del cambio superan a los inconvenientes del mismo. La **Actuación o acción** es la etapa en la que se producen cambios muy significativos sobre la conducta adictiva, fácilmente observables además por el entorno, que suponen no haber consumido en un plazo de 6 meses. Es una etapa de elevada inestabilidad porque existe un elevado riesgo de recaída. La constancia en dicho cambio lleva a la última etapa, la del **mantenimiento del cambio**, la cual conlleva una consolidación de los cambios realizados durante un período de más de 6 meses, en la cual los esfuerzos van orientados a prevenir situaciones de riesgo y posibles recaídas.

El modelo no permite saber qué personas pasarán de una etapa a otra, aunque sí los procesos que emplean la mayoría de los sujetos para el cambio. En términos generales, los procesos de cambio de tipo cognitivo se asocian con las primeras etapas de cambio (precontemplación, contemplación y preparación), mientras que los procesos de cambio de tipo conductual están más presentes en las etapas de acción y mantenimiento. Los *procesos de cambios* son: aumento de la concienciación (obtener más información sobre el consumo y sobre los beneficios de abandonarlo),

autorrevaluación (valoración del impacto de la adicción sobre sí mismo y la mejoría que supondría para su vida el abandono del consumo), revaluación ambiental (valoración del impacto que la conducta adictiva tiene sobre el entorno y las relaciones interpersonales y las consecuencias positivas que tendría el abandono del consumo sobre dichas relaciones), relieve dramático (experimentación y expresión emocional ante problemas asociados con la conducta adictiva), autoliberación (compromiso de actuar y creer en la propia capacidad de cambio, basado en el sentimiento de autoeficacia), liberación social (incremento de conductas alternativas adaptativas), manejo de contingencias (auto y/o heterorrefuerzo de la conducta de cambio), relaciones de ayuda (uso de apoyo social para favorecer el proceso de cambio), contracondicionamiento (desarrollo de respuestas alternativas ante los estímulos condicionados a la conducta adictiva) y control de estímulos (evitar las exposiciones a situaciones de alto riesgo para el consumo).

Es un error considerar que las personas que buscan tratamiento están preparadas para la acción, porque no es el caso. En el estudio de Santos, González, Fons, Forcada y Zamorano (2001), un 51,7% de la muestra se encontraba en el estadio de preparación al inicio de tratamiento, aunque un elevado porcentaje (30,2%) se encontraba en los estadios de precontemplación o contemplación. Respecto a los procesos de cambio, la mayor puntuación se obtuvo en revaluación ambiental, indicando que existe una alta valoración del impacto que tiene la conducta adictiva en las relaciones interpersonales y el reconocimiento del beneficio sobre las mismas del abandono de la conducta adictiva. En el estudio de Field, Duncan, Washington y Adinoff (2007), con pacientes con dependencia a sustancias que buscaron tratamiento, se encontró que la mayoría se encontraban en fase de contemplación. La motivación al cambio se asoció negativamente con la presencia de problemas derivados del consumo y con los niveles de depresión, ansiedad e ira. Los autores establecieron que reducir el malestar y los problemas asociados al consumo entre los que acuden a tratamiento y una intervención temprana podría incrementar la motivación al cambio.

Respecto a la importancia de la motivación al cambio, Carpenter, Miele y Hasin (2002) criticaron el Modelo transteórico de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente por no identificar las variables que contribuyen al cambio entre las diferentes etapas y argumentaron que la gravedad del trastorno por consumo de sustancias es una dimensión importante en la motivación al cambio y la consiguiente búsqueda de tratamiento. Estos autores no obtuvieron un efecto mediador de la

motivación al cambio respecto a la búsqueda de tratamiento en consumidores de cocaína. La gravedad del consumo de cocaína influyó en la motivación al cambio al inicio del tratamiento, pero la motivación al cambio no ejerció ningún efecto en el consumo de sustancias ni en la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo. La gravedad de la dependencia y la motivación al cambio favorecieron que se recibiera atención por parte de grupos de autoayuda, pero la gravedad predijo en menor medida el uso de tratamiento formal. Los autores argumentaron este último resultado en base a que una mayor gravedad incrementa la motivación al cambio, pero el hecho de que la ayuda profesional sea económicamente costosa hace que la búsqueda de ayuda se dirija hacia grupos de autoayuda.

Por otra parte, el rechazo social dirigido hacia personas con dependencia a sustancias ejerce una influencia muy importante en la decisión de revelar el problema y buscar ayuda. De hecho, en el estudio de Crisp et al. (2000), con población general, la adicción a drogas, junto con la esquizofrenia, fueron los trastornos más negativamente valorados, dado que las personas con estos trastornos fueron considerados por la mayoría de la muestra como peligrosas e impredecibles. Además, los pacientes con adicción a drogas fueron vistos como culpables y capaces de mejorar por sí solos. La consideración de peligrosos, tanto hacia sí mismos como hacia los demás, también fue destacada en el estudio de Pescosolido et al. (1999), en el que además se destacó la escasa competencia con la que fueron considerados en la toma de decisión respecto al tratamiento y a asuntos económicos. Así mismo, Adlaf, Hamilton, Wu y Noh (2009) establecieron que existe un mayor estigma hacia personas con trastornos por consumo de sustancias que hacia aquellas con otro trastorno mental, por considerarse más una elección personal que una condición médica. En este estudio se encontró que el 53% de la muestra, población general adolescente, afirmó que se sentiría avergonzado si sus amigos supieran que un familiar es adicto a drogas, un 31,3% afirmó la presencia de temor a hablar con una persona con adicción a sustancias, un 31,2% presentaría temor a entablar amistad con una persona ese problema y un 22,9% sentiría malestar si en clase hubiera alguien con adicción. Por otra parte, Brown (2011) encontró que las mujeres, frente a los hombres, presentaron más distancia social y un afecto más negativo hacia el consumo de drogas, concretamente marihuana y alcohol, que podría estar relacionado, según el autor, con una menor experiencia con personas consumidoras y con menos permisividad hacia el consumo.

Luoma, Twohig, Waltz, Hayes, Roget et al. (2007), en un estudio con pacientes con consumo de drogas que recibían tratamiento, encontraron que éstos habían experimentado estigma y rechazo interpersonal derivado del consumo de sustancias. Un estigma internalizado se relacionó con peor salud mental y peor calidad de vida en mayor medida que el percibido o el experimentado. El estigma experimentado se asoció con el número de tratamientos previos recibidos, posiblemente porque éste empieza a impactar tras recibir la etiqueta diagnóstica desde ámbito clínico. El ocultamiento, como forma de afrontar el estigma, se relacionó con peor estado mental, menos calidad de vida, más experiencias experimentadas de estigma en el pasado, más estigma percibido e internalizado y más desempleo. Cole, Logan y Walker (2011), por su parte, encontraron que un 65,2% de pacientes en tratamiento por consumo de sustancias afirmó experimentar discriminación diaria, siendo atribuida en el 58,2% de los casos al consumo, encontrándose además que el grado de exclusión social influía en el nivel de estrés percibido.

Sin embargo, el estigma no es igual en todas las drogas. El estudio de Ahern, Stuber y Galea (2007), sobre consumidores de drogas ilegales, mostró que un alto porcentaje de la muestra percibió una infravaloración, ya que consideraban que los demás percibían a las personas que consumían drogas como personas de poco fiar, peligrosas y malas. Un alto porcentaje percibió también alienación, ya que evitaban a la gente por creer que les miraban por encima del hombro, y percibieron discriminación tanto por parte de familia como de amigos. Como estrategias de afrontamiento para manejar la discriminación y el estigma, presentaron el hablar con familia y amigos (45%), la evitación (41%) y el enfadarse (44%). Las formas de estigma y las estrategias de afrontamiento se asociaron con deterioro en la salud física y/o mental. Los autores establecieron que la estigmatización genera una exposición a estresores crónicos que, junto con el retraso en la búsqueda de tratamiento, afectan a la salud mental y física. Cabe destacar que en el estudio había un predominio en la muestra de razas minoritarias.

Respecto a cómo se refleja la consideración social y el estigma en el consumo de cocaína, el estudio de Link et al. (1999), con población general, observó que solo el 44% de la muestra reconocía la dependencia a la cocaína como un trastorno mental. Por otra parte, las causas más señaladas para explicar la dependencia fueron las circunstancias estresantes y la presencia de un mal carácter en la persona. Respecto a las valoraciones negativas de la dependencia a cocaína, un 87% de la muestra la

asoció a peligrosidad y un 90% admitió que no interactuaría con una persona con dependencia a cocaína.

Con relación a la influencia del entorno en la búsqueda de tratamiento, la familia juega un papel muy importante a la hora de favorecer la recepción del mismo en adolescentes con abuso o dependencia de sustancias (Waldron, Kern-Jones, Turner, Peterson y Ozechowski, 2007). En personas con consumo de cocaína, opiáceos o cannabis, la recomendación por parte de amigos y familiares favoreció la búsqueda de tratamiento (Mariani et al., 2011).

En la misma línea, el estudio de Goodman, Peterson-Badali y Henderson (2011) analizó las fuentes de motivación para buscar tratamiento en una población de transición entre la adolescencia y la edad adulta con consumo de sustancias. La mayoría manifestó haber recibido presión por parte de la familia para reducir el consumo (75,4%) y para acudir a tratamiento (70,9%), mientras que un porcentaje algo más bajo reconoció haber recibido presión por parte de los iguales para reducir el consumo (60,4%) y para solicitar tratamiento (41%). El 75% afirmó buscar tratamiento como una elección personal (motivación identificada), el 40% por sentimientos de vergüenza o culpa (motivación interiorizada) y un 20% por coerción externa. La presión por parte de los iguales se relacionó con la motivación identificada y la interiorizada de cara a la reducción del consumo y con todos los tipos de motivación hacia la solicitud tratamiento. La presión por parte de la familia se relacionó con la motivación interiorizada y la coerción externa tanto con la reducción del consumo como con la búsqueda de tratamiento. De esta forma, la presión por parte de amigos fue predictora de las motivaciones internas, mientras que la presión por parte de la familia fue predictora de la motivación externa. Los autores explicaron estos resultados alegando que la presión social no se percibe como agresión a la autonomía, mientras que la presión familiar, tanto por la calidad como por la cantidad, es vista como coercitiva. Independientemente de la fuente de presión, la presión para buscar tratamiento fue predictora de la motivación hacia el tratamiento, no así la presión para reducir el consumo.

5.2.3. Recursos receptores de la solicitud de ayuda

Regier et al. (1993) obtuvieron que el 21,5% de los pacientes con consumo de sustancias recibió atención sanitaria durante el año previo a la realización del estudio, del cual un 14,2% procedió de atención especializada y un 11,6% de atención médica general. Por otra parte, O'Toole, Pollini, Gray, Jones, Bigelow et al. (2007) señalaron la elevada utilización del servicio de urgencias por parte de pacientes con consumo de tóxicos, lo cual podría deberse a que un alto porcentaje de la muestra tenía enfermedad médica crónica y diagnóstico comórbido de trastorno mental.

MARCO EMPÍRICO

OBJETIVOS

Los **objetivos** planteados en esta investigación son:

- Analizar el proceso de búsqueda de ayuda en pacientes con trastorno mental, integrando la influencia que sobre el mismo tienen las variables sociodemográficas, clínicas y motivacionales.
- Concretar el estudio en la primera vez que los pacientes solicitan tratamiento.
- Analizar el proceso de búsqueda de ayuda en cuadros clínicos concretos.
- Establecer comparaciones entre los distintos grupos diagnósticos para llegar a establecer características comunes y diferenciales en el perfil de búsqueda de ayuda.

La **finalidad** que subyace a dichos objetivos radica en:

- Conocer qué variables determinan la solicitud de tratamiento o su demora para favorecer una detección precoz que acorte los tiempos de demora e impida, por tanto, un agravamiento y cronificación de los cuadros psicopatológicos.
- Hacer uso de las variables motivacionales que favorecen o dificultan el reconocimiento del problema y la solicitud o demora en el tratamiento para favorecer la alianza terapéutica y la adhesión al tratamiento psicológico.
- Dado que la ocultación de los trastornos puede sesgar los datos de prevalencia y de edad de inicio, reducir la ocultación de los mismos permitiría realizar estudios epidemiológicos más ajustados a la realidad.

PROCEDIMIENTO

La muestra fue recabada de los siguientes recursos de Salud Mental, todos ellos integrados dentro de la red sanitaria pública de las provincias de Valencia y Castellón:

- Unidad de Salud Mental de Burjassot. Departamento de Salud del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.
- Unidad de Salud Mental de Trinitat. Departamento de Salud del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.
- Unidad de Salud Mental de Sagunto. Departamento de Salud del Hospital de Sagunto.
- Unidad de Salud Mental de Segorbe. Departamento de Salud del Hospital de Sagunto.
- Unidad de Conductas Adictivas de Paterna. Departamento de Salud del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.
- Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria. Departamento de Salud del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.
- Unidad de Investigación y Tratamiento de Obsesiones y Compulsiones (I'TOC) de la Facultad de Psicología (Universitat de València, UVEG)

Previo al inicio del estudio, se contactó con los psicólogos clínicos y psiquiatras pertenecientes a dichos recursos sanitarios con el fin de explicar las características y objetivos de la investigación. Los pacientes susceptibles de participar en el estudio fueron identificados en el transcurso de la actividad asistencial a través de la entrevista clínica y en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- El diagnóstico principal de: Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Depresivo Mayor, Agorafobia, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa o Trastorno por Dependencia a Cocaína.
- En caso de que los pacientes presentaran comorbilidad con otro(s) trastorno(s), éste no debía ser en ninguno de los casos el diagnóstico principal.
- El tratamiento debía solicitarse para el diagnóstico principal
- Edad: entre 16 y 65 años

Criterios de exclusión

- Capacidad intelectual limítrofe o inferior y/o analfabetismo (para el lenguaje castellano) que dificultara o imposibilitara la cumplimentación adecuada del protocolo de evaluación.
- Trastornos de personalidad graves, especialmente del espectro psicótico (grupo A: paranoide, esquizoide, esquizotípico) o del grupo B (trastorno límite o trastorno antisocial).

Tras informar a los pacientes de la finalidad y de las características del estudio, éstos firmaron un consentimiento informado y a continuación se procedió a la evaluación correspondiente al estudio. Esta evaluación se realizó antes de que los pacientes iniciaran tratamiento psicológico para no sesgar la valoración de la gravedad de los síntomas. Por ese mismo motivo, se intentó que aquellos pacientes que llevaban tratamiento psicofarmacológico tuvieran una pauta estable durante las 3 semanas previas a la evaluación.

La evaluación de los pacientes no-TOC fue realizada en la mayoría de los casos por la autora del estudio, excepto en aquellos casos en los que por motivos clínicos u organizativos resultó más conveniente que la evaluación la realizara el psicólogo clínico de referencia. La evaluación de los pacientes TOC se realizó tanto por la autora del trabajo como por tres de los miembros del equipo de investigación en el que se encuadra y que ejercen su trabajo como facultativas especialistas en sus respectivas USM (Dra. Carrió en la USM de Burjassot, Dra. Cabedo en la USM de Foios, y Dra. Belloch en la Unidad TOC de la UVEG).

La fase de evaluación tuvo una duración aproximada de 45 minutos y en ella se incluyeron los instrumentos generales y específicos que se describirán en el apartado correspondiente.

MUESTRA

La muestra estuvo compuesta por población clínica (156 pacientes), la cual presentó los siguientes diagnósticos principales:

- Trastorno obsesivo-compulsivo: 71 pacientes
- Agorafobia: 21 pacientes
- Trastorno depresivo mayor: 18 pacientes
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa): 24 pacientes
- Trastorno por dependencia a cocaína: 22 pacientes

DESCRIPCIÓN DE LOS GRUPOS CLÍNICOS

1. Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo

En primer lugar, es importante destacar que la muestra de pacientes con TOC ha participado en otras líneas de investigación realizadas por el equipo de investigación en el que se enmarca este estudio. Esto explica que, de forma específica para este grupo de pacientes y no para el resto, se tenga información adicional relativa al resultado del tratamiento, como se comprobará más adelante en el apartado de resultados.

Características sociodemográficas

Este grupo clínico estuvo compuesto por 43 mujeres y 28 hombres, de nacionalidad española, con una media de edad de 34,39 años (DT=10,97) y un rango comprendido entre los 16 y los 69 años. La mayoría estaban casados o tenían pareja estable (62%) y tenían un nivel socioeconómico medio (68,6%). Respecto al nivel de estudios, la muestra se distribuía de forma similar entre estudios elementales (32,4%), medios (36,6%) y superiores (31,0%).

El 100% afirmó tener apoyo familiar, mientras que el 72,7% afirmó tener apoyo social. Sin embargo, cabe destacar que la muestra de pacientes TOC se empezó a

recabar con antelación a incluir estas dos variables en el protocolo de evaluación. Por ello, solo fueron evaluadas en 11 pacientes de este grupo.

Características clínicas

La media de edad a la que se inició el trastorno fue de 24,59 años (DT=9,95), con un tiempo de evolución de 9,58 años (DT=9,75). La gravedad media, según la puntuación total en YBOCS, fue de 27,01 (DT=5,33), la cual corresponde a un nivel grave, con una media en la subescala de obsesiones de 13,49 (DT=2,73) y de 13,52 (DT=3,13) en la subescala de compulsiones. A través de la entrevista clínica de evaluación, realizada por el psicólogo clínico de referencia del paciente, se determinó el contenido de la obsesión principal, siendo ésta la que más molestaba e interfería al paciente. Esta variable se determinó en 49 de los 71 pacientes con TOC incluidos en el estudio. De esos 49 pacientes, en el 34,7% de los casos la obsesión principal tuvo que ver con duda, error y comprobación, en el 22,4% de los pacientes con contaminación y limpieza, en el 18,4% con agresión, en el 12,2% con superstición y magia, en el 8,2% con enfermedades y en el 4,1% con sexo, inmoralidad y religión. Además, en 48 de los 71 pacientes evaluados, se estableció la presencia adicional de otro tipo de obsesiones. Respecto a este dato, se obtuvo que las obsesiones de duda, error y comprobación fueron el tipo de obsesiones adicionales más frecuente (41,7%), seguido de las de agresión (27,1%), contaminación y limpieza (25%), sexo, inmoralidad y religión (10,4%) y enfermedades (10,4%). Las obsesiones adicionales de simetría y orden solo estuvieron presentes en un 8,3% de la muestra y las de superstición y magia en un 4,2%.

Respecto a la calidad de vida, la puntuación media total obtenida en el Cuestionario de Salud General de Goldberg-28 (GHQ-28) fue de 34,75 (DT=10,96), siendo la media de 8 (DT=2,73) en la subescala de síntomas somáticos, de 9,25 (DT=3,81) en la subescala de ansiedad-insomnio, de 10,75 (DT=3,62) en la subescala de disfunción social y de 6,75 (DT=6,34) en la subescala de depresión. Por el mismo motivo que en la evaluación del apoyo familiar y social, este instrumento solo fue cumplimentado por 8 pacientes del grupo TOC.

La puntuación media en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) fue de 18,99 (DT=11,77), por lo que se situó en un nivel subclínico, con un rango

comprendido entre 0 y 46. La puntuación media en el Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) fue de 62,03 (DT=10,41).

El 70% de la muestra llevaba pauta de psicofármacos en el momento del estudio, siendo 10,49 meses el tiempo medio de evolución del tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la historia de tratamientos previos, el 50% no había recibido ninguno y el 26,5% había recibido tratamiento farmacológico y psicológico. Entre todos aquellos que habían recibido algún tipo de tratamiento previo, el 56,3% afirmó haber experimentado una remisión parcial de los síntomas, mientras que el 31,3% no experimentó ninguna mejoría. En el momento del estudio, la mayoría no presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (67,6%) ni tenía una enfermedad médica (70%). Entre los que sí presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales (aunque el TOC era en todos los casos el motivo principal de consulta en el momento de la evaluación), los diagnósticos comórbidos fueron los siguientes: TAG, fobia social, dismorfofobia, TEPT, TDM (leve o en remisión parcial), trastorno distímico, trastorno por consumo de sustancias, rasgos o trastorno obsesivo de personalidad, trastorno dependiente de personalidad y trastorno de personalidad no especificado.

2. Pacientes con Agorafobia

Características sociodemográficas

Este grupo clínico estuvo compuesto por 16 mujeres y 5 hombres, todos ellos de nacionalidad española, salvo una paciente de nacionalidad italiana que residía desde hace 4 años en España. La media de edad fue de 35,62 años (DT=11,63) con un rango comprendido entre los 18 y los 63 años. La mayoría estaban casados o tenían pareja estable (47,6%) o estaban solteros (42,9%) y se situaban en un nivel socioeconómico medio (47,6%) o medio-bajo (42,9%). Respecto al nivel de estudios, había un predominio de estudios elementales (42,9%) y medios (38,1%). Un 95,2% afirmó tener apoyo familiar y un 90,5% apoyo social.

Características clínicas

La media de edad a la que se inició el trastorno fue de 28,62 años (DT=10,58), con un tiempo de evolución de 7 años (DT=9,73). Hubo un ligero predominio de casos con agorafobia sin trastorno de pánico (52,4%). La puntuación total media en el Inventario de Agorafobia fue de 267,71 (DT=63,58), con una puntuación media de 133,43 (DT=55,13) en las respuestas motoras, de 102,90 (DT=17,89) en las respuestas psicofisiológicas y de 31,38 (DT=10,13) en las respuestas cognitivas.

Respecto a la calidad de vida, la puntuación media total obtenida en el cuestionario GHQ-28 fue de 38,81 (DT=15,26), siendo la media de 10,10 (DT=4,58) en la subescala de síntomas somáticos, de 11,86 (DT=4,96) en la subescala de ansiedad-insomnio, de 9,38 (DT=3,99) en la subescala de disfunción social y de 7,48 (DT=4,95) en la subescala de depresión. La puntuación media en el BDI-II fue de 21,43 (DT=12,46), nivel clínico, con un rango comprendido entre 1 y 53. La puntuación media en el PSWQ fue de 61,52 (DT=14,61).

El 76,2% de la muestra llevaba pauta de psicofármacos en el momento del estudio, siendo 14,89 meses el tiempo medio de evolución del tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la historia de tratamientos previos, la mayoría no había recibido ninguno (66,7%) y solo el 14,3% había recibido tratamiento farmacológico y psicológico. Entre todos aquellos que habían recibido algún tipo de tratamiento previo, el 71,4% afirmó haber experimentado una remisión parcial de los síntomas. En el momento del estudio, la mayoría no presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (66,7%) ni tenía una enfermedad médica (71,4%). Entre los que sí presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales (aunque la agorafobia era en todos los casos el motivo principal de consulta en el momento de la evaluación), los diagnósticos comórbidos fueron los siguientes: TAG, hipocondría, TDM en remisión parcial, rasgos obsesivos de la personalidad y trastorno dependiente de personalidad.

3. Pacientes con Trastorno Depresivo Mayor

Características sociodemográficas

Este grupo clínico estuvo compuesto por 11 mujeres y 7 hombres, de nacionalidad española, con una media de edad de 42,94 años (DT=11,35) y un rango comprendido entre los 21 y los 60 años. La mayoría estaban casados o tenían pareja estable (83,3%), tenían un nivel socioeconómico medio (38,9%) o medio-bajo (44,4%) y un nivel de estudios medio (50%) o elemental (33,3%). Toda la muestra afirmó tener apoyo familiar y un 83,3% indicó que contaba con apoyo social.

Características clínicas

La media de edad a la que se inició el trastorno fue de 41,5 años (DT=10,85), con un tiempo de evolución de 1,44 años (DT=1,62). La puntuación media en el BDI-II fue de 35,22 (DT=7,57), nivel clínico, con un rango comprendido entre 23 y 56.

Respecto a la calidad de vida, la puntuación media total obtenida en el cuestionario GHQ-28 fue de 56,61 (DT=11), siendo la media de 13,89 (DT=3,58) en la subescala de síntomas somáticos, de 14,89 (DT=2,91) en la subescala de ansiedad-insomnio, de 14,94 (DT=3,59) en la subescala de disfunción social y de 12,89 (DT=5,23) en la subescala de depresión. La puntuación media en el PSWQ fue de 60,67 (DT=11,98).

El 88,9% de la muestra llevaba pauta de psicofármacos en el momento del estudio, siendo 5,5 meses el tiempo medio de evolución del tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la historia de tratamientos previos, el 66,7% no había recibido ninguno y el 27,8% había recibido tratamiento exclusivamente farmacológico. Entre aquellos que habían recibido algún tipo de tratamiento previo, el 50% afirmó no haber experimentado ninguna mejoría, mientras que el 33,3% experimentó una remisión total. En el momento del estudio, la mayoría no presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (88,9%) ni tenía una enfermedad médica (55,6%). Entre los que sí presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales (aunque el TDM era en todos los casos el motivo principal de consulta en el momento de la evaluación), los diagnósticos comórbidos fueron los siguientes: trastorno de personalidad no especificado, rasgos dependientes de personalidad y abuso de alcohol.

4. Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Características sociodemográficas

Este grupo clínico estuvo compuesto exclusivamente por mujeres, con nacionalidad española, con una media de edad de 24,46 años (DT=6,92) y un rango comprendido entre los 16 y los 41 años. La mayoría estaban solteras (79,2%), tenían un nivel socioeconómico medio (62,5%) y un nivel de estudios medios (45,8%) o superiores (50%). Todas las pacientes afirmaron tener apoyo familiar y un 91,7% señaló que contaba con apoyo social.

Características clínicas

La media de edad a la que se inició el trastorno fue de 17,92 años (DT=3,01), con un tiempo de evolución de 6,54 años (DT=5,79). La muestra estaba compuesta por 12 pacientes con AN-restrictiva, 8 con AN-purgativa y 4 con BN-purgativa. El IMC medio fue de 18,51 (DT=4,67), con un rango comprendido entre 14,82 y 33,10. El grupo AN-restrictiva presentó un IMC medio de 16,66 (DT=1,56), con un rango entre 14,82 y 19,11. El grupo AN-purgativa presentó un IMC medio de 16,67 (DT=1,97), con un rango entre 15,13 y 21,04. Por último, el grupo BN-purgativa presentó un IMC medio de 27,76 (DT=3,57), con un rango entre 25,71 y 33,10.

La media en la puntuación total del Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (BITE) fue de 24,96 (DT=11,96), en la subescala de síntomas del BITE fue de 18,29 (DT=5,96) y en la subescala de gravedad del BITE de 6,67 (DT=7,01). Respecto a las subescalas del Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II (EDI-II), la puntuación media fue de 10,15 (DT=5,49) en impulso a adelgazar, de 4,07 (DT=5,67) en bulimia, de 12,15 (DT=6,96) en insatisfacción con el cuerpo, de 8,89 (DT=6,35) en ineficacia, de 7,19 (DT=3,75) en perfeccionismo, de 4,71 (DT=3,70) en desconfianza interpersonal, de 9,27 (DT=6,79) en conciencia interoceptiva, de 7,61 (DT=5,06) en miedo a la madurez, de 6,77 (DT=4,53) en ascetismo, de 7,34 (DT=6,07) en impulso a la regulación y de 5,61 (DT=5,00) en inseguridad social.

Respecto a la calidad de vida, la puntuación media total obtenida en el cuestionario GHQ-28 fue de 38,08 (DT=19,16), siendo la media de 9,5 (DT=4,92) en la subescala de síntomas somáticos, de 10,67 (DT=5,14) en la subescala de ansiedad-insomnio, de 9,29 (DT=5,48) en la subescala de disfunción social y de 8,63 (DT=6,41)

en la subescala de depresión. La puntuación media en el BDI-II fue de 23,46 (DT=13,81), nivel clínico, con un rango comprendido entre 0 y 55. La puntuación media en el PSWQ fue de 65,04 (DT=10,72).

El 79,2% de la muestra llevaba pauta de psicofármacos en el momento del estudio, siendo 5,88 meses el tiempo medio de evolución del tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la historia de tratamientos previos, el 41,7% había recibido tratamiento farmacológico y psicológico y un 33,3% no había recibido ninguno. Entre aquellos que habían recibido algún tipo de tratamiento previo, el 50% afirmó haber experimentado una remisión parcial de los síntomas, mientras que el otro 50% no experimentó ninguna mejoría. En el momento del estudio, la mayoría no presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (75%) ni tenía una enfermedad médica (83,3%). Entre los que sí presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales (aunque el TCA era en todos los casos el motivo principal de consulta en el momento de la evaluación), los diagnósticos comórbidos fueron los siguientes: rasgos de personalidad obsesivos, dependientes o narcisistas y abuso de cannabis.

5. Pacientes con Trastorno por dependencia a cocaína

Características sociodemográficas

Este grupo clínico estuvo compuesto por 18 hombres y 4 mujeres, de nacionalidad española, con una media de edad de 34,50 años (DT=8,53) y un rango comprendido entre los 18 y los 61 años. La mayoría estaban casados o tenían pareja estable (40,9%) o estaban solteros (36,4%), tenían un nivel socioeconómico medio-bajo (40,9%) y un nivel de estudios medios (50%) o elementales (45,5%). Un 95,5% afirmó tener apoyo familiar y un 81,8% tener apoyo social.

Características clínicas

La media de edad a la que se inició el trastorno fue de 27,45 años (DT=9,41), con un tiempo de evolución de 7,05 años (DT=4,17). El tiempo medio desde el último consumo fue de 32,73 días (DT=40,23). La puntuación media en la Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA) fue de 16,45 (DT=22,05). Respecto a las subescalas del Cuestionario de Craving de Cocaína-General (CCQ-G),

Muestra

la puntuación media en el factor *deseo intenso de consumir* fue de 5,50 (DT=3,60), en el factor *ausencia de control sobre el consumo* de 13,44 (DT=5,92), en el factor *ausencia de expectativas positivas sobre el consumo* de 14,00 (DT=3,50) y en el factor *expectativas sobre los efectos estimulantes del consumo* de 8,94 (DT=6,67).

Respecto a la calidad de vida, la puntuación media total obtenida en el cuestionario GHQ-28 fue de 26,18 (DT=17,27), siendo la media de 5,91 (DT=5,26) en la subescala de síntomas somáticos, de 9,27 (DT=6,38) en la subescala de ansiedad-insomnio, de 6,18 (DT=4,27) en la subescala de disfunción social y de 4,82 (DT=5,62) en la subescala de depresión. La puntuación media en el BDI-II fue de 16,32 (DT=12,92), nivel subclínico, con un rango comprendido entre 1 y 50. La puntuación media en el PSWQ fue de 53,86 (DT=16,33).

El 54,5% de la muestra llevaba pauta de psicofármacos en el momento del estudio, siendo 8,06 meses el tiempo medio de evolución del tratamiento psicofarmacológico. Respecto a la historia de tratamientos previos, el 90,9% no había recibido ninguno. Dentro del escaso número de pacientes que había recibido algún tipo de tratamiento previo, todos ellos afirmaron haber experimentado una remisión parcial de los síntomas. En el momento del estudio, la mayoría no presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (63,6%) ni tenía una enfermedad médica (86,4%). Entre los que sí presentaron comorbilidad con otros trastornos mentales (aunque el trastorno por dependencia a cocaína era en todos los casos el motivo principal de consulta en el momento de la evaluación), los diagnósticos comórbidos fueron los siguientes: trastorno por dependencia a cannabis y abuso de alcohol.

OBSERVACIONES SOBRE LA MUESTRA

El alto porcentaje de pacientes sin comorbilidad con otro trastorno mental se explica por un sesgo de selección de la muestra. Se procuró que los pacientes que se incluyeran en el estudio no tuvieran comorbilidad con el fin de que el proceso de búsqueda de ayuda estuviera vinculado casi con exclusividad al diagnóstico principal y no a diagnósticos comórbidos. Además, se cuidó especialmente que, en el caso de comorbilidad, ésta no fuera con ninguno de los otros trastornos del estudio o, en caso de haberla, fuera leve o subclínica. Asimismo, se intentó que la mayoría de la muestra no tuviera historia de tratamientos previos para hacer coincidir temporalmente la primera solicitud de tratamiento con la evaluación del estudio. Se quiso evitar así el efecto memoria y el desequilibrio temporal entre la evaluación de la primera búsqueda de tratamiento, correspondiente al pasado, y la evaluación de la gravedad clínica, correspondiente al momento actual.

INSTRUMENTOS de EVALUACIÓN

La evaluación estuvo compuesta por instrumentos comunes, que fueron cumplimentados por toda la muestra, e instrumentos específicos, que fueron cumplimentados por una parte de la muestra en función del cuadro clínico. Los primeros tenían como finalidad valorar las variables sociodemográficas, la presencia de experiencias vitales estresantes, el proceso de búsqueda de tratamiento, la calidad de vida y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa; mientras que los segundos tenían como objetivo valorar la gravedad del trastorno objeto de estudio. A continuación se describen cada uno de ellos.

Instrumentos comunes

1. Entrevista de datos sociodemográficos

Esta entrevista fue elaborada por el equipo de investigación en el que se enmarca este estudio. Mientras que una parte de la información se recogió mediante preguntas abiertas, la otra parte se recabó mediante alternativas de respuesta, debiendo señalar la alternativa correspondiente. Por tanto, los datos incluidos en la entrevista son los siguientes: edad, sexo (i.e hombre o mujer), profesión, nacionalidad, años de residencia en España (si procede), estado civil (i.e. soltero, divorciado/separado, viudo, casado/pareja estable), presencia o no de apoyo familiar y social (i.e. sí o no), nivel socioeconómico (i.e. bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto), nivel de estudios (i.e. primario o elementales, medio o superiores), peso y altura (a cumplimentar sólo en el caso de los TCA), medicación que toma el paciente en el momento del estudio y desde cuándo, tiempo de evolución de los síntomas, tratamientos anteriores recibidos por el diagnóstico principal y remisión de los síntomas tras ese tratamiento (i.e. ninguna remisión, remisión parcial o remisión total), y presencia o no en el momento del estudio de alguna enfermedad médica (especificando cuál en caso afirmativo) y tratamiento recibido para la misma.

2. Experiencias vitales estresantes

Se preguntó a los pacientes acerca de la presencia de algún suceso o experiencia vital que relacionara con el inicio o agravamiento del cuadro clínico. En caso de respuesta afirmativa, se pidió que especificaran el suceso y la fecha en que ocurrió. Además, se solicitó que valoraran dicho suceso, mediante una escala tipo Likert de 0 a 10, acerca del grado de positividad, negatividad, importancia para la vida actual e influencia sobre la aparición o agravamiento del cuadro clínico actual.

3. Entrevista Estructurada sobre la Demora en Solicitar Ayuda Profesional

Teniendo en cuenta que no existe un instrumento que aúne de forma completa los distintos aspectos de la búsqueda de tratamiento, el equipo de investigación en el que se encuadra este estudio desarrolló esta entrevista con el fin de evaluar de manera detallada la percepción del trastorno por parte del paciente y su motivación a la hora de solicitar tratamiento (ver anexo).

La entrevista se elaboró a partir de la experiencia clínica de los miembros que componen el equipo de investigación, de la información proporcionada por los pacientes acerca de su propio proceso de búsqueda y de la revisión bibliográfica realizada por el equipo de investigación sobre este área de estudio.

Inicialmente fue diseñada para evaluar la demora en la búsqueda de ayuda profesional en pacientes con TOC, de manera que se incluyeron ítems relevantes para este trastorno. Progresivamente, se ha depurado la entrevista eliminando los ítems poco representativos y añadiendo ítems hasta alcanzar la estructura y contenidos actuales.

La entrevista constituye una valoración retrospectiva, ya que analiza la primera vez que el paciente solicitó ayuda profesional para el trastorno mental y no tiene que coincidir necesariamente con la solicitud de tratamiento asociada a la evaluación del estudio.

La estructura de la entrevista se diseñó de manera que contemplara la búsqueda de ayuda profesional como un proceso compuesto por 3 etapas diferentes: el **reconocimiento del problema**, su **revelación** y la **búsqueda de tratamiento**. Cuenta con 8 apartados, de los cuales los 4 primeros están orientados a establecer determinaciones temporales. En primer lugar (primer apartado), se pregunta al paciente por el momento en que se inició el problema por el que solicita ayuda

profesional. A continuación (segundo apartado), se le pregunta si su reconocimiento del problema fue inmediato a la aparición del mismo. En caso de no ser así, se solicita que indique el momento en que lo reconoció como un problema. De esta manera, se delimita el período de tiempo entre el inicio del trastorno mental y el momento en que el paciente se da cuenta de que tiene un problema.

En el tercer apartado, se pide al paciente que especifique el momento en que habló con alguien por primera vez de su problema. Así se establece el período de tiempo que duró la ocultación del problema (i.e. período entre el inicio del trastorno mental y la primera vez que se habla con alguien del problema). Además, se pregunta, mediante pregunta abierta, qué contó, cuál fue la persona con la que habló y porqué decidió hablar del problema.

Seguidamente (cuarto apartado), se pide que indique el momento en que solicitó por primera vez ayuda por parte de un profesional sanitario y se solicita que especifique, mediante pregunta abierta, qué profesional. De esta forma se determina el tiempo de demora en solicitar ayuda profesional (i.e. período de tiempo entre el inicio del trastorno mental y la primera toma de contacto con el profesional de sanitario). A continuación (quinto apartado), se pregunta si el paciente cree que debería haber solicitado o no ayuda tras el reconocimiento del problema y que indique, mediante respuesta abierta, el porqué de la respuesta.

Finalmente, en los tres últimos apartados se evalúan tres bloques que se relacionan con variables motivacionales. El primero de ellos (sexto apartado) hace referencia a las razones por las que el paciente reconoce que tiene un problema. En él se muestra un listado de 7 razones para que el paciente seleccione todas aquellas que se aplican a su caso. Dos de esas razones (i.e. observar cambios en el comportamiento y alguien le dijo que no estaba normal o que hacía cosas extrañas) incluyen además preguntas abiertas que permiten complementar la información (i.e. qué cambios observó, quién le dijo que no estaba normal y qué le dijo esta persona). El apartado finaliza con un ítem abierto en el que el paciente puede añadir alguna razón aplicable a su caso que no esté recogida en el listado.

El segundo bloque de motivos (séptimo apartado) tiene que ver con las razones por las que el paciente tarda en solicitar ayuda profesional. En él se presenta un listado de 18 razones a seleccionar por el paciente según se ajusten a su caso. En este apartado, igual que en el anterior, se incluyó un último ítem abierto para que el

paciente pueda añadir otras razones no recogidas en el listado y que se apliquen a su caso.

El último bloque de variables motivacionales (octavo y último apartado de la entrevista) hace referencia a los motivos por los que el paciente solicita ayuda profesional. En él se presenta un listado de 15 razones, pudiendo seleccionar todas aquellas que se ajusten a cada caso. De estas 15 razones, una (i.e. se lo recomendó otra persona) incluye preguntas abiertas adicionales (i.e. quién se lo recomendó y porqué). Este bloque finaliza, al igual que en los dos casos anteriores, con un ítem abierto en el que el paciente puede añadir razones que le llevaron a buscar tratamiento no contempladas en el listado.

El tiempo empleado en la realización de la entrevista es de unos 15 minutos aproximadamente.

Es importante especificar que el proceso de recopilar la muestra TOC se prolongó más en el tiempo en comparación con el resto de grupos clínicos. A lo largo de ese tiempo se han efectuado varias modificaciones en la entrevista de búsqueda de ayuda en las que se han incorporado ítems nuevos, por lo que no tenemos información sobre estos ítems en los pacientes evaluados con anterioridad. Estos ítems son los siguientes: todos los ítems del apartado 3 (i.e. fecha aproximada en que habla por primera vez de su problema, ¿qué cuenta?, ¿a quién?, ¿por qué decide contarlo?); los ítems 6.1. (i.e. el problema lo tenía con demasiada frecuencia) y 6.2. (i.e. le producía ansiedad o nerviosismo) y la especificación de cuáles fueron los cambios en el comportamiento del ítem 6.5., correspondientes al apartado de motivos de reconocimiento; los ítems 7.2. (i.e. le molestaba poco), 7.3. (i.e. se sentía culpable), 7.4. (i.e. lo tenía o le pasaba pocas veces), 7.10. (i.e. le proporcionaba sensaciones placenteras), 7.11. (i.e. miedo al tratamiento), 7.13. (i.e. miedo a que los demás le rechazaran si se enteraban), 7.14. (i.e. desconfiaba de la ayuda profesional), 7.15. (i.e. no tenía a quién contarlo), 7.16. (i.e. no sabía a quién contarlo), 7.17. (i.e. no lo consideraba peligroso) y 7.18. (i.e. pensaba que le pasaba a mucha gente), correspondientes al apartado de motivos para demorar la solicitud de ayuda profesional; los ítems 8.6. (i.e. miedo a volverse loco), 8.10. (i.e. pensaba que su salud corría peligro), 8.11. (i.e. por miedo a que fuera a más, a que aumentara o empeorara) y 8.15. (i.e. dominaba su vida), correspondientes al apartado de motivos para solicitar ayuda profesional.

4. Cuestionario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

El PSWQ (Penn State Worry Questionnaire; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) es un instrumento autoinformado que evalúa la tendencia a preocuparse en exceso por diferentes aspectos de la vida cotidiana. Consta de 16 ítems, que se puntúan según una escala tipo Likert de 1 (“nada típico en mí”) a 5 (“muy típico en mí”). El rango de puntuación oscila entre 16 y 80 y tiene 5 ítems que puntúan en sentido inverso (ítems 1, 3, 8, 10 y 11). En su versión original ha mostrado tener una elevada consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest. En este estudio se utilizó la adaptación española de Sandín y Chorot (1991).

La consistencia interna de este instrumento para la muestra empleada en este estudio fue muy alta en todos los grupos clínicos: grupo TOC ($\alpha=,855$), grupo Agorafobia ($\alpha=,940$), grupo TDM ($\alpha=,886$), grupo TCA ($\alpha=,912$) y grupo Cocaína ($\alpha=,932$).

5. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El BDI-II (Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer y Brown, 1996) es un autoinforme dirigido a evaluar la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. Está compuesto de 21 ítems referentes a distintos síntomas depresivos, cada uno de los cuales consta de 4 alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor intensidad del síntoma, de 0 (“no presencia del síntoma”) a 3 (“síntoma muy intenso”). La persona debe escoger aquel enunciado que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 63 puntos y se establece que una puntuación comprendida entre 0-13 indica un grado de depresión mínimo, entre 14-19 leve, entre 20 y 28 moderado y entre 29 y 63 grave. Se considera 21 el punto de corte para determinar la presencia de depresión clínica. Cabe destacar que este instrumento ha sido validado en población clínica con consumo de sustancias (Seignourel, Green y Schmitz, 2008).

Para este estudio se ha empleado la adaptación de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003) que ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna elevada ($\alpha=,89$).

En el presente estudio, este cuestionario se utilizó no sólo como instrumento común sino como instrumento específico para valorar la gravedad del trastorno

depresivo mayor. La consistencia interna obtenida en los grupos clínicos fue muy elevada, siendo algo menor en el grupo TDM: grupo TOC ($\alpha=,891$), grupo Agorafobia ($\alpha=,893$), grupo TDM ($\alpha=,745$), grupo TCA ($\alpha=,933$) y grupo Cocaína ($\alpha=,931$).

6. Cuestionario de Salud General de Goldberg-28 (GHQ-28)

El GHQ-28 (Goldberg General Health Questionnaire-28; Goldberg y Hillier, 1979) es un cuestionario autoadministrado cuyo objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente. 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). Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas de gravedad progresiva. El instrumento tiene el inconveniente de no mantener la misma formulación de respuesta en todas las subescalas ni, dentro de cada subescala, en todos los ítems; sin embargo intenta mantener el mismo gradiente de respuesta: mejoría respecto a lo habitual o ausencia del síntoma, igual que lo habitual o no más que lo habitual, empeoramiento respecto a lo habitual y mucho empeoramiento respecto a lo habitual. La persona debe señalar la opción que refleje su estado durante las últimas semanas.

Para determinar la puntuación del GHQ-28 se pueden utilizar 3 métodos alternativos: 1) la puntuación Likert, que consiste en asignar valores 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas; 2) la puntuación GHQ, cuyo objetivo consiste en determinar el número de síntomas presentes y asigna valores 0, 0, 1, 1 a cada respuesta; 3) la puntuación CGHQ, que divide los ítems en dos apartados: los positivos, que hacen referencia a la salud (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7), y los negativos, que hacen referencia a la enfermedad (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0,1,1,1. La ventaja de este método, frente al anterior, consiste en evitar pasar por alto los trastornos de larga duración, dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten “No más que lo habitual” y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ.

En el presente estudio, se escogió la puntuación Likert por considerar que era el método que mejor reflejaba el estado que la muestra empleada en el estudio. Además, se utilizó la versión española de Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986). Por otra parte, se calculó la consistencia interna para las subescalas y para la puntuación total y se obtuvieron los siguientes resultados. La subescala *síntomas somáticos* tuvo

una consistencia interna alta en todos los grupos clínicos, salvo en el grupo TOC: grupo TOC ($\alpha=,611$), grupo Agorafobia ($\alpha=,858$), grupo TDM ($\alpha=,733$), grupo TCA ($\alpha=,844$) y grupo Cocaína ($\alpha=,872$). La subescala *ansiedad-insomnio* tuvo una consistencia elevada en todos los grupos salvo en la muestra con TOC y con TDM: grupo TOC ($\alpha=,695$), grupo Agorafobia ($\alpha=,863$), grupo TDM ($\alpha=,589$), grupo TCA ($\alpha=,863$) y grupo Cocaína ($\alpha=,933$). La consistencia interna de la subescala *dísfunción social* fue alta en todos los grupos diagnósticos: grupo TOC ($\alpha=,791$), grupo Agorafobia ($\alpha=,787$), grupo TDM ($\alpha=,821$), grupo TCA ($\alpha=,880$) y grupo Cocaína ($\alpha=,864$). Finalmente, la subescala *depresión* fue la que mayor consistencia interna presentó: grupo TOC ($\alpha=,950$), grupo Agorafobia ($\alpha=,809$), grupo TDM ($\alpha=,885$), grupo TCA ($\alpha=,942$) y grupo Cocaína ($\alpha=,918$). De la misma manera, esa elevada consistencia interna se encontró en la puntuación total: grupo TOC ($\alpha=,855$), grupo Agorafobia ($\alpha=,927$), grupo TDM ($\alpha=,871$), grupo TCA ($\alpha=,956$) y grupo Cocaína ($\alpha=,944$).

Instrumentos específicos

1. Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)

El Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischman et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado et al., 1989) es un instrumento dirigido a evaluar la gravedad de la sintomatología obsesivo-compulsiva. Tanto para las obsesiones como para las compulsiones se valoran las siguientes dimensiones: tiempo empleado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Consta de 10 ítems (5 para obsesiones y 5 para compulsiones) que se puntúan en una escala de 0 (“ninguno”) a 4 (“extremo”). Se obtienen tres puntuaciones: subtotal de obsesiones (rango 0-20), subtotal de compulsiones (rango 0-20) y puntuación total (rango 0-40). Se considera que la persona cumple los criterios diagnósticos del TOC si la puntuación total es 8 ó más. Respecto al nivel de gravedad, se considera leve si la puntuación oscila en el rango 8-15, moderado en 16-23, grave en 24-31 y muy grave en 31-40. En este trabajo se utilizó la versión heteroinformada, cumplimentada por el psicólogo clínico. La consistencia interna para la subescala de obsesiones fue muy reducida ($\alpha=,498$), mientras que fue buena para la subescala de compulsiones ($\alpha=,736$). Así mismo, fue adecuada para la puntuación total ($\alpha=,772$).

2. Inventario de Agorafobia

El Inventario de Agorafobia (Echeburúa, Corral, García, Páez y Borda, 1992) es un cuestionario auto-aplicado de 69 ítems que evalúa las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas ante situaciones agorafóbicas y la variabilidad individual de estas respuestas. Está compuesto por dos partes. La primera parte diferentes tipos de respuesta y consta de tres subescalas: respuestas motoras, en la que la persona debe señalar el grado de evitación de 34 situaciones, distinguiendo entre estar solo y acompañado; respuestas psicofisiológicas, en la que se señala la frecuencia de 21 sensaciones corporales y el grado de temor suscitado por éstas; y respuestas cognitivas, en la que se señala la frecuencia de 14 cogniciones que pueden tenerse cuando se está nervioso o asustado. En las tres subescalas la puntuación de cada ítem oscila en un rango de 0 a 5 puntos. La segunda parte mide la variabilidad de las respuestas en función de los factores que contribuyen a aumentar y reducir la ansiedad experimentada, debiendo seleccionar la persona los factores se que apliquen a su caso dentro de los dos listados que se presentan. Dado que esta segunda parte tiene un interés más orientado a la práctica clínica y no computa en la puntuación total del instrumento, para el presente estudio se utilizó solo la primera parte.

El rango de puntuación oscila de 0 a 340 (subescala de respuestas motoras), de 0 a 210 (subescala de respuestas psicofisiológicas), de 0 a 70 (subescala de respuestas cognitivas) y de 0 a 620 (puntuación total). Los puntos de corte establecidos son 176 para la escala global y 96, 61 y 30 para las subescalas de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas, respectivamente. Respecto al nivel de gravedad, se considera que a mayor puntuación, mayor gravedad del trastorno.

El instrumento tiene una consistencia interna de 0,93 (subescala de respuestas motoras), 0,94 (subescala de respuestas psicofisiológicas) y 0,87 (subescalas de respuestas cognitivas), y una fiabilidad test-retest a 6 meses de 0,69. Presenta, además, una elevada validez convergente, discrimina entre población general y población clínica con agorafobia y es sensible al cambio terapéutico. En el presente estudio, la consistencia interna fue elevada en la subescala de respuestas motoras ($\alpha=,943$) y moderada en las subescalas de respuestas psicofisiológicas ($\alpha=,678$) y cognitivas ($\alpha=,622$).

3. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria-II (EDI-II)

El EDI-II (Eating Disorder Inventory-II; Garner, 1991) es una versión revisada y ampliada del EDI original. Mantiene las 8 escalas de la versión original, de las cuales tres evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal) y las otras cinco, más generales, se refieren a constructos organizativos o rasgos psicológicos relevantes para los trastornos de la conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez). Además, el EDI-II incluye tres escalas más: ascetismo, control de impulsos, e inseguridad social. La escala *ascetismo* evalúa la tendencia de la persona a la consecución de determinados valores como la autodisciplina, el sacrificio o el control de las necesidades biológicas. El *control de impulsos* se centra en la dificultad para controlar los mismos así como, la hostilidad, la tendencia al abuso de drogas y la autodestrucción. La escala *inseguridad social* mide la creencia de la persona a considerar las relaciones sociales como peligrosas, insatisfactorias e inseguras.

El EDI-II consta de 91 elementos a los que se responde en una escala de seis puntos, en la que los sujetos deben indicar si cada situación les ocurre: “nunca”, “pocas veces”, “a veces”, “a menudo”, “casi siempre”, o “siempre”.

En este estudio se utilizó la versión española de Corral, González, Pereña y Seisdedos (1998). La consistencia interna en el presente estudio fue buena o muy buena para todas las subescalas, salvo en el caso de la subescala *ascetismo* que fue menor: *impulso a adelgazar* ($\alpha=,857$), *bulimia* ($\alpha=,944$), *insatisfacción con el cuerpo* ($\alpha=,889$), *ineficacia* ($\alpha=,849$), *perfeccionismo* ($\alpha=,732$), *desconfianza interpersonal* ($\alpha=,748$), *conciencia interoceptiva* ($\alpha=,855$), *miedo a la madurez* ($\alpha=,791$), *ascetismo* ($\alpha=,695$), *impulso a la regulación* ($\alpha=,850$) e *inseguridad social* ($\alpha=,847$).

4. Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (BITE)

El BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh; Henderson y Freeman, 1987) evalúa la presencia y características cognitivas y comportamentales de atracones y de bulimia. Fue diseñado para detectar la presencia de episodios de atracones y su gravedad en todo tipo de población, independientemente de su diagnóstico, llegando incluso a identificar el subtipo bulímico de la anorexia nerviosa.

Este auto-informe consta de 33 ítems cuyo formato de respuesta varía: para 30 ítems es dicotómico (sí/no); para los tres ítems restantes se encuentran en una escala Likert de 5, 6 y 7 puntos, respectivamente. La puntuación total se compone del sumatorio de dos subescalas, la escala de síntomas (30 ítems dicotómicos, referentes a la presencia o ausencia de actitudes y conductas relacionadas con la bulimia) y la escala de gravedad (3 ítems formato Likert, referentes a la frecuencia del ayuno, las conductas purgativas como el consumo de píldoras adelgazantes, diuréticos, laxantes y autoinducción del vómito, y los atracones alimentarios).

En este estudio se utilizó la versión española de Rivas, Bersabé y Jiménez (2004). En el presente estudio, la consistencia interna de la subescala de síntomas fue muy elevada ($\alpha=,878$), mientras que destaca el bajo nivel en la subescala de gravedad ($\alpha=,438$). Por otra parte, la puntuación total presentó una consistencia interna adecuada ($\alpha=,742$).

5. Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína (CSSA)

El CSSA (Cocaine Selective Severity Assessment; Kampman, Volpicelli, McGinnis, Alterman, Weinrieb et al., 1998) es una entrevista semi-estructurada que consta de 18 ítems que evalúan la presencia e intensidad de signos y síntomas que se han asociado con más frecuencia a la abstinencia inicial de cocaína. De esos 18 ítems, dos de ellos (aquellos que evalúan intensidad y frecuencia del craving) son valorados por el paciente mediante una escala analógica. La evaluación se sitúa en las últimas 24 horas.

Cada signo/síntoma se evalúa mediante una escala de intensidad/frecuencia de 8 puntos (con un rango que va de 0 a 7). Proporciona una puntuación total que se obtiene sumando las puntuaciones en los 18 ítems. El rango de puntuación oscila entre 0 y 126. La consistencia interna del instrumento en este estudio fue muy alta ($\alpha=,913$).

6. Cuestionario de Craving de Cocaína-General (CCQ-G)

El CCQ-G (Cocaine Craving Questionnaire-General; Tiffany, Singleton, Haertzen, Henningfield, 1993) es un instrumento autoaplicado que valora el nivel de craving durante la última semana. En su versión original el instrumento consta de 34

ítems, mientras que la versión española de Muñoz, Martínez, Tejero y Cepeda-Benito (2008) empleada en este estudio consta de 12 ítems. La versión española presenta una estructura factorial equivalente a la original, compuesta por los siguientes factores: *deseo intenso de consumir* (factor 1), *ausencia de control sobre el consumo* (factor 2), *ausencia de expectativas positivas sobre el consumo y ausencia de intención de consumir* (factor 3) y *expectativas sobre los efectos estimulantes del consumo* (factor 4). La puntuación se realiza sobre una escala tipo Likert de 1 a 7, oscilando desde muy en desacuerdo a muy de acuerdo. Tres ítems, pertenecientes al factor 3, son invertidos (ítems 2, 4 y 10).

Existen dos versión, la versión *general*, que sitúa la evaluación en la última semana, y la versión *ahora mismo*, que solicita a la persona que responda conforme se encuentra en el momento de la evaluación. En este estudio se utilizó la versión *general* para estar en consonancia con el resto de instrumentos empleados que también abarcan un período de evaluación más amplio y para valorar de forma más ajustada la presencia del craving, ya que puede ser que en el momento de la evaluación no esté presente y sí lo haya estado en algún momento previo a la evaluación.

En este trabajo, la consistencia interna de los factores fue muy variable dependiendo del factor: factor 1 ($\alpha=,561$), factor 2 ($\alpha=,657$), factor 3 ($\alpha=-,211$) y factor 4 ($\alpha=,847$). Destaca que la consistencia del factor 3 sea baja y negativa, lo cual implica que los ítems que lo componen no miden lo mismo ni en el mismo sentido de respuesta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos de este trabajo se realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0 para Windows. A continuación se describen cada uno de ellos.

1. Estadísticos descriptivos

Para cada una de las variables analizadas se calcularon estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica) y frecuencias.

2. Análisis de fiabilidad

Se analizó la consistencia interna de todos los instrumentos de autoinforme en cada una de las muestras clínicas mediante el alfa de Cronbach (α). Se consideraron aceptables los valores iguales o mayores de 0,70.

3. Asociación entre variables

3.1. Correlación

Para analizar la relación entre variables continuas, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, mientras que se utilizó la correlación biserial por punto para estudiar la relación con variables categoriales. Como criterio para la estimación del tamaño de r se escogió el indicado por Cohen (1988), por lo que se consideraron correlaciones bajas las comprendidas entre 0,10 y 0,29, medias entre 0,30 y 0,49 y altas las correlaciones mayores de 0,50. Los criterios de Cohen se tuvieron en cuenta, además del nivel de significación estadística.

3.2. Regresión

Se emplearon análisis de regresión lineal simple con el ajuste de mínimos cuadrados y, en todos ellos, se utilizó el método de selección de pasos sucesivos para eliminar aquellos predictores que dejan de ser significativos cuando entra uno nuevo en la regresión. Como medida de ajuste se empleó el coeficiente de correlación

corregido al cuadrado o coeficiente de determinación. El cambio en R cuadrado significativo indicó que las variables debían ser incluidas en el modelo.

Se procuró que los análisis de regresión fueran adecuados en cuanto al número de participantes (mínimo de 5-10 sujetos por predictor). Además se evaluó, y se corrigió en caso necesario, el grado de cumplimiento de los supuestos en los que se basa la regresión (linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no-colinealidad) por medio del análisis del gráfico de residuales, estudio de los valores atípicos (ausencia de valores atípicos si: los residuales estudentizado y estudentizado eliminado tienen valores menores de 2 y la distancia de Cook es menor de 1) y de la multicolinealidad (ausencia de problemas de colinealidad si la “tolerancia” es mayor de 0,10 y el “factor de inflación de la varianza” es menor de 10).

4. Comparación de medias

Para comparar las medias de variables categoriales, se empleó el estadístico Chi-cuadrado (χ^2). Como este estadístico no permite hacer comparaciones a posteriori, en los casos en que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, se procedió a realizar nuevamente la prueba Chi-cuadrado con todas las combinaciones de grupos dos a dos.

Por otra parte, se llevaron a cabo pruebas t de Student para estudiar las diferencias entre dos grupos independientes, concediéndose una especial importancia al estudio de la homogeneidad de las varianzas (prueba de Levene). En las Tablas aparece el valor de t correspondiente, teniendo en cuenta si las varianzas eran o no homogéneas. Para cada una de las comparaciones se calculó la magnitud de los efectos con la prueba del tamaño del efecto de la “d de Cohen”. Se consideran un efecto bajo si los valores de $d = 0,20$, un efecto medio si están en torno a $0,5$ y grande si $d = 0,8$ (Cohen, 1988).

Para las comparaciones de media entre más de tres grupos independientes, se empleó la prueba F del análisis de varianza (ANOVA) unifactorial entre-sujetos. Se examinó la homogeneidad de las varianzas por medio del estadístico de Levene y en los casos en que no se pudo mantener el supuesto de igualdad de varianzas, se empleó la aproximación a la F por el estadístico de Welch. Las comparaciones a posteriori se realizaron con la prueba de Bonferroni si las varianzas eran iguales y con la prueba de Games-Howell en caso contrario. Se examinaron, además, los tamaños

del efecto ofrecidos por el paquete estadístico SPSS: eta cuadro parcial (η_p^2). Según Cohen (1973), un valor de $\eta_p^2=0,009$ es considerado un efecto pequeño, un valor comprendido entre 0,058 y 0,13 es indicador de un efecto mediano y un valor igual o superior a 0,14 es considerado un efecto grande. Para controlar la influencia de alguna variable, se realizaron análisis de la covarianza (ANCOVA).

5. Análisis factorial exploratorio

El análisis factorial exploratorio (AFE) se realizó para estudiar la estructura subyacente a la Entrevista Estructurada sobre la Demora en Solicitar Ayuda Profesional. Antes de realizar la extracción factorial, se comprobó que las características de los datos fuesen adecuadas para el AFE a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (deseable $KMO>0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS) (deseable $p\leq 0,05$).

Se empleó el método de extracción de componentes principales, con rotación Varimax debido a la independencia entre los factores (comprobado mediante rotación Oblimin). Para determinar el número de factores más apropiado, se siguieron varios criterios. En primer lugar, se consideraron únicamente el número de factores cuyo autovalor inicial fue mayor de 1. Se considera que valores inferiores a 1 no aportan más información que la que un solo ítem podría proporcionar. También se estudiaron el número de factores sugerido por el gráfico de sedimentación, así como el porcentaje de varianza explicado por cada nuevo valor, de forma que el incremento en la complejidad de la estructura se viera compensado por un incremento en la varianza explicada. Por último, se tuvieron en cuenta las saturaciones factoriales de cada ítem sobre el factor en que mayor es su saturación tras la rotación, considerando relevantes únicamente aquellos ítems con saturaciones mayores de 0,30 ó 0,35.

RESULTADOS

1. Estructura interna de la Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional

Esta entrevista fue diseñada con una estructura de tres bloques diferenciados: motivos que favorecieron el reconocimiento del problema, motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento y motivos que favorecieron la búsqueda de tratamiento. Con el fin de analizar si se obtenía una estructura subyacente que se correspondiera con ese diseño inicial, se realizó un análisis factorial con los 40 ítems que componen los tres bloques de motivos y utilizando la totalidad de los participantes en el estudio (N= 156).

El análisis de KMO dio un valor de 0,553 y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa ($\chi^2_{(780)}=1342,145$; $p=,0001$), por lo que se confirmó que la distribución de los datos satisfacía los criterios psicométricos para realizar el análisis factorial.

Tras las diferentes extracciones se examinaron las soluciones factoriales (se empleó un criterio liberal para identificar los marcadores de factores, considerando únicamente las variables con saturaciones $\geq 0,30$). La estructura más satisfactoria fue de tres factores que explicó un 29,06% de la varianza (ver tabla 1). El contenido de los tres factores no se ajustó a los tres bloques de motivos del proceso de búsqueda de ayuda inicialmente diseñados (i.e., reconocimiento del problema, tardanza en buscar ayuda y búsqueda efectiva de consulta), ya que los diferentes ítems se distribuyeron en cada uno de los tres factores obtenidos. El primer factor explicó el 13,91% de la varianza y estuvo compuesto fundamentalmente por motivos que llevan al paciente a consultar por su problema, y por tanto, se ajustarían bastante al bloque teórico inicial de razones por las cuales se busca ayuda. Entre estas razones se encontraron básicamente las relacionadas con sensación de pérdida de control sobre el problema. Además de estos contenidos, el factor incluyó también ítems relacionados con el reconocimiento del problema por parte del propio afectado. El segundo factor explicó el 7,61% de la varianza y estuvo compuesto por valoraciones positivas o ausencia de valoraciones negativas sobre el trastorno y por la falta de percepción de repercusión negativa del trastorno. El tercer factor explicó el 7,54% de la varianza e incluyó

aspectos relacionados con el estigma personal y el temor al estigma social y su influencia sobre la demora.

Cabe destacar que los ítems *demora por desconfianza de la ayuda profesional*, *demora porque el problema ocurría pocas veces*, *consulta porque se lo recomendó otra persona* y *demora por miedo al tratamiento* no saturaron en ningún factor concreto debido a que su saturación fue baja y se distribuyó entre los tres factores.

En síntesis, el análisis revela tres conjuntos bien diferenciados de factores que, a su vez, son el reflejo de los motivos por los que los pacientes con trastornos mentales deciden o no buscar ayuda profesional: en primer lugar, y de forma destacada (Factor 1), se hallan los motivos de índole “personal” que llevan a consultar con un profesional por un problema de salud mental: experimentar síntomas emocionales (ansiedad, tristeza, etc.) y pérdida de control sobre el problema. En segundo lugar (Factor 2) se sitúan las razones que de algún modo impiden el reconocimiento del problema y, por lo tanto, inciden en demorarse en la búsqueda de ayuda. Entre esas razones, destacan las sensaciones positivas, el minimizar los síntomas y/o sus consecuencias, etc. Y en tercer lugar (Factor 3) se encuentra otro grupo de razones muy diferentes a las anteriores que también inciden en la demora de búsqueda de consulta, ya que se trata de motivos vinculados con el miedo al rechazo social y, por lo tanto, apelan al estigma asociado a la enfermedad mental.

Así pues, aunque la estructura de tres factores se mantiene, cambia la perspectiva. La estructura que sustenta el diseño inicial se basa en las fases teóricas de la búsqueda de ayuda por problemas de salud, es decir, apela a un proceso teórico, mientras que la estructura encontrada se sustenta en los síntomas y valoraciones personales que influyen en esas etapas del proceso de búsqueda de ayuda.

Tabla 1. Análisis factorial de los motivos asociados a la búsqueda de ayuda

	Componente		
	1	2	3
Consulta- Interferencia	,730		
Consulta- Miedo a que aumentara	,709		
Consulta- No se pasaba	,708		
Consulta- Frecuente	,702		-,398
Consulta- No control	,661		
Consulta- Dominaba su vida	,625		
Consulta- Miedo	,611		
Consulta- Tristeza	,582	-,345	
Consulta- Salud corría peligro	,567		
Consulta- Ansiedad	,544		
Consulta- Algo malo	,513		
Reconocimiento- Ansiedad	,372		
Reconocimiento- Interferencia	,364		,327
Consulta- Miedo volverse loco	,359		
Reconocimiento- Cambios comportamiento	,359		
Demora- Se pasaría	,341		
Reconocimiento- No control	,305		
Demora- Desconfianza profesionales		,683	
Demora- Común		,604	
Demora- No interferencia		,552	
Demora- No peligroso		,519	
Consulta- Lo que pensaba se podía hacer realidad		-,441	
Demora- Molesta poco		,431	
Demora- Poco importante		,423	
Demora- Control		,378	
Demora- Lo que pensaba se podía hacer realidad		-,378	,340
Reconocimiento- Alguien se lo dijo		,302	
Demora- Tenía pocas veces			
Demora- Miedo rechazo			,713
Demora- Vergüenza			,624
Demora- Loco			,402
Consulta- Mala persona			,378
Demora- Culpable		,324	,372
Demora- No tener a quién contarle			,327
Reconocimiento- Tristeza			,320
Demora- No saber a quién contarle			,314
Reconocimiento- Frecuencia			,309
Consulta- Recomendó otra persona			
Demora- Miedo tratamiento			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

2. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno obsesivo-compulsivo

2.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se describe la relación de cada una de las variables sociodemográficas con el tiempo que los pacientes tardan en reconocer el problema, en hablar sobre él y en buscar ayuda profesional y con los tres bloques de variables motivacionales (i.e. motivos que favorecen el reconocimiento del problema, la demora en la solicitud de tratamiento y la consulta del problema con un profesional sanitario).

Respecto a la edad del paciente en el momento del estudio, una mayor edad se asoció con mayor tardanza en reconocer el problema ($r=,242$; $p=,047$), en hablar por primera vez de él ($r=,340$; $p=,039$) y en solicitar ayuda profesional ($r=,359$; $p=,002$). Por su parte, una menor edad se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por pensar que el trastorno se pasaría ($r=-,395$; $p=,003$) y con solicitar ayuda profesional porque el problema interfería ($r=-,250$; $p=,037$), por pensar que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=-,304$; $p=,010$), porque el problema no se pasaba ($r=-,297$; $p=,013$), por no poderlo controlar ($r=-,274$; $p=,022$) y por experimentar tristeza ($r=-,269$; $p=,024$).

El género no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales, sin embargo, el ser mujer se asoció, de forma casi significativa, con reconocer el problema por generar interferencia ($r=,229$; $p=,056$), mientras que el ser hombre se relacionó con demorar la solicitud de ayuda profesional porque el trastorno se tenía pocas veces ($r=-,350$; $p=,042$) y con consultar con un profesional por miedo a que aumentara o empeorara ($r=-,316$; $p=,047$).

El estado civil se relacionó con el tiempo que tardaron los pacientes en consultar con un profesional ($F_{(1,67)}=5,923$; $p=,018$; $\eta_p^2=,081$), de forma que los solteros tardaron menos tiempo en pedir ayuda profesional. Por otra parte, los solteros señalaron, más que los casados o con pareja estable, que el problema era poco frecuente como motivo para demorar la búsqueda de ayuda ($\chi^2_{(1)}=4,700$; $p=,030$). Por el contrario, los casados o con pareja estable indicaron, más que los solteros, haber consultado con un profesional sanitario porque el problema dominaba la vida ($\chi^2_{(1)}=4,974$; $p=,026$).

El nivel socioeconómico no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales, sin embargo, un menor nivel se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento porque el problema molesta poco ($r=-,328$; $p=,051$) y con solicitar ayuda profesional por miedo a volverse loco ($r=-,475$; $p=,001$) y por miedo al problema ($r=-,307$; $p=,020$). Por otra parte, un mayor nivel socioeconómico se relacionó con consultar con un profesional porque el problema generaba ansiedad ($r=,253$; $p=,036$).

El nivel de estudios tampoco se relacionó con los tres períodos temporales, sin embargo, un mayor nivel académico se asoció con reconocer el problema porque alguien se lo dijo ($r=,269$; $p=,025$) y con demorar la solicitud de tratamiento por desconfianza de la ayuda profesional ($r=,335$; $p=,053$).

En conclusión, únicamente la edad y el estado civil se asociaron con el **tiempo** que se prolongaron los períodos de reconocimiento, de revelación y de solicitud de tratamiento, de forma que los más jóvenes y los solteros fueron los que menos tiempo tardaron en consultar con un profesional y los más mayores tardaron más tiempo en reconocer el problema y en hablar de él.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento**, las mujeres señalaron más la influencia de la interferencia y las personas con más estudios señalaron la influencia del entorno cercano en dicho reconocimiento.

En referencia a los **motivos para demorar** la solicitud de ayuda profesional, los pacientes de menor edad, los hombres, los solteros y aquellos con un menor nivel socioeconómico destacaron motivos relacionados con minimizar la importancia del problema (p.e. ser poco frecuente, no interferir o considerarlo pasajero), mientras que los pacientes con un mayor nivel de estudios destacaron la influencia de desconfiar de la ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que favorecieron la solicitud de tratamiento**, los pacientes de menor edad y los casados o con pareja estable señalaron motivos relacionados con la interferencia y la pérdida de control, y los hombres indicaron el temor a que el problema fuera más frecuente. Por otra parte, los pacientes con nivel socioeconómico bajo y alto indicaron motivos relacionados con la ansiedad y el miedo.

2.2. Relación entre las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda

A continuación, se describe la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y la gravedad del TOC, la edad a la que se inició el trastorno y el tiempo de evolución del TOC, la presencia de comorbilidad con otro trastorno mental y con enfermedades médicas y el número de experiencias vitales.

La gravedad del trastorno (puntuación total en YBOCS) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales, sin embargo, una menor gravedad se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por no percibir que el trastorno interfería ($r=-,378$; $p=,006$), mientras que una mayor gravedad se asoció con demorar esa búsqueda por desconfianza de la ayuda profesional ($r=,451$; $p=,007$), y, de forma casi significativa, con consultar con un profesional porque el trastorno dominaba la vida ($r=,357$; $p=,057$). Respecto a las dos subescalas del YBOCS, ni la de obsesiones ni la de compulsiones correlacionaron con la duración de los períodos de reconocimiento, de revelación ni de solicitud de ayuda profesional. Sin embargo, una menor gravedad de las obsesiones ($r=-,364$; $p=,008$) y las compulsiones ($r=-,335$; $p=,015$) se relacionó con demorar la solicitud de ayuda profesional por no percibir interferencia secundaria al trastorno. Por otra parte, una mayor gravedad de las obsesiones ($r=,417$; $p=,014$) y de las compulsiones ($r=,397$; $p=,020$) se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por desconfiar de la ayuda profesional. Finalmente, una mayor gravedad de las compulsiones se asoció con consultar porque el trastorno dominaba la vida ($r=,490$; $p=,007$).

Por otra parte, se analizó la relación entre los ítems del YBOCS y el proceso de búsqueda de ayuda. Los resultados obtenidos de este análisis hay que tomarlos con cautela ya que implican establecer asociaciones entre pares de ítems, lo cual es estadísticamente cuestionable. Sin embargo, dada la relevancia clínica, se ha considerado importante realizar ese análisis y describir los resultados más interesantes. Emplear más tiempo en las obsesiones se asoció con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=,396$; $p=,031$), y con solicitar tratamiento por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=,377$; $p=,044$) y por miedo al problema ($r=,735$; $p=,0001$). Además, también se asoció con menos participación de otras personas en la recomendación de solicitar tratamiento ($r=-,480$; $p=,008$). Aunque sin alcanzar la significación estadística, pero dada su aproximación a la significación, es importante destacar que un mayor tiempo empleado en las obsesiones mostró una tendencia a asociarse con tardar menos tiempo en consultar

con un profesional ($r=-,354$; $p=,065$). Respecto a otros ítems del YBOCS, cabría destacar que un mayor malestar derivado de las obsesiones se asoció con tardar menos tiempo en reconocer el problema ($r=-,509$; $p=,006$) y tardar menos tiempo en hablar de él ($r=-,540$; $p=,008$). Una mayor resistencia a las obsesiones se asoció con demorar la consulta con un profesional por no considerar el problema peligroso ($r=,585$; $p=,022$). Un mayor control sobre las obsesiones se relacionó con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=,400$; $p=,028$), con demorar la solicitud de tratamiento por pensar que se podía controlar el problema ($r=,398$; $p=,054$) y por pensar que se pasaría ($r=,484$; $p=,016$), y con solicitar ayuda profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=,457$; $p=,013$). Un mayor tiempo empleado en las compulsiones se asoció con tardar más tiempo en hablar del problema ($r=,455$; $p=,029$) y con consultar por percibir que el problema dominaba la vida ($r=,512$; $p=,021$). Una mayor resistencia a las compulsiones se asoció con reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=,543$; $p=,002$), y con demorar la solicitud de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,418$; $p=,053$). Finalmente, un mayor control sobre las compulsiones se relacionó con reconocer el problema por falta de control ($r=,439$; $p=,017$), y con demorar la solicitud de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,532$; $p=,011$).

Respecto a la edad de inicio del trastorno, un inicio más tardío se asoció con una vivencia de reconocimiento temprano por parte del paciente ($r=,266$; $p=,027$) y con tardar menos tiempo en solicitar ayuda profesional ($r=-,244$; $p=,044$). Sin embargo, la edad de inicio no se relacionó ni con el período de reconocimiento, ni con el de revelación. Por otra parte, un inicio más tardío se asoció con consultar con un profesional por pensar que la salud corría peligro ($r=,675$; $p=,032$).

Respecto al tiempo de evolución, una mayor evolución se asoció con tardar más en reconocer el problema ($r=,476$; $p=,0001$), en hablar por primera vez sobre él ($r=,612$; $p=,0001$), en solicitar ayuda profesional ($r=,648$; $p=,0001$), y con demorar la solicitud de tratamiento por percibir que el trastorno molestaba poco ($r=,341$; $p=,045$). Sin embargo, un menor tiempo de evolución se relacionó con reconocer el problema porque producía tristeza ($r=-,386$; $p=,001$), con demorar la solicitud de tratamiento por pensar que el problema se pasaría ($r=-,369$; $p=,007$) y con consultar porque el problema no se pasaba ($r=-,382$; $p=,001$), por no poder controlarlo ($r=-,297$; $p=,014$), porque producía tristeza ($r=-,283$; $p=,020$) y por pensar que era algo malo ($r=-,332$; $p=,006$).

La presencia de comorbilidad con otro trastorno mental no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales, sin embargo, la ausencia de comorbilidad con otro trastorno mental se relacionó con reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=-,287$; $p=,017$), mientras que la presencia de dicha comorbilidad se asoció con demorar la consulta con un profesional por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=,344$; $p=,010$).

La presencia de comorbilidad con una enfermedad médica tampoco se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, la presencia de esa comorbilidad se relacionó con demorar la búsqueda de ayuda profesional por miedo al rechazo ($r=,344$; $p=,046$), mientras que la ausencia de dicha comorbilidad se relacionó con solicitar tratamiento porque el trastorno no se pasaba ($r=-,250$; $p=,038$) y por considerar que era o se había vuelto mala persona ($r=-,308$; $p=,010$).

Respecto al número de experiencias vitales, un mayor número de ellas se asoció con tardar más tiempo en revelar el problema ($r=,328$; $p=,048$), pero no se relacionó ni con el período de reconocimiento ni el de consulta. Por otra parte, un menor número de experiencias vitales se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=-,438$; $p=,010$).

A modo de conclusión, es importante destacar que la gravedad del TOC no se relacionó con los **períodos temporales del proceso de búsqueda de ayuda**. Sin embargo, sí lo hicieron características concretas como el tiempo empleado en las compulsiones y el malestar ante las obsesiones. De esta forma, los pacientes que más malestar presentaron ante las obsesiones tardaron menos tiempo en reconocer el problema y en hablar de él, mientras que los pacientes que más tiempo emplearon en las compulsiones tardaron más tiempo en hablar del problema.

De la misma manera, otras variables clínicas también se asociaron con los períodos temporales del proceso de búsqueda de ayuda, de manera que los pacientes con mayor evolución del trastorno tardaron más tiempo en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento. Así mismo, los pacientes con más experiencias vitales asociadas al problema, principalmente desagradables, tardaron más tiempo en revelarlo. Sin embargo, los pacientes con un inicio del trastorno más tardío tardaron menos tiempo en solicitar ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que facilitaron el reconocimiento del problema**, los pacientes que más tiempo emplearon en las obsesiones y que más control ejercieron

sobre ellas indicaron haber observado cambios en el comportamiento. Por otra parte, los pacientes que más resistencia y control ejercieron sobre las compulsiones señalaron la falta de control sobre el trastorno, mientras que los pacientes con menor evolución en el trastorno señalaron la tristeza secundaria al trastorno.

En referencia a los **motivos que retrasaron la consulta con un profesional**, los pacientes con un TOC menos grave señalaron que el trastorno no les interfería, mientras que aquellos con un TOC más grave indicaron la desconfianza de la ayuda profesional. Además, los pacientes con más resistencia y más control sobre las obsesiones señalaron motivos relacionados con la minimización del problema y la posibilidad de controlarlo (i.e. no considerarlo peligroso, pensar que se puede controlar y considerarlo pasajero), mientras que aquellos con más resistencia y control sobre las compulsiones señalaron el miedo al rechazo. Por otra parte, los pacientes con un TOC con menos tiempo de evolución indicaron que pensaban que el problema se pasaría, mientras que aquellos con un TOC con más tiempo de evolución señalaron que el trastorno les generaba poca interferencia.

Respecto a los **motivos que contribuyeron a solicitar tratamiento**, los pacientes con un TOC más grave, y en concreto con compulsiones más graves y que más tiempo emplearon en éstas, indicaron que percibían que el trastorno dominaba sus vidas. Por otra parte, los pacientes que más resistencia y control ejercieron sobre las obsesiones destacaron la vivencia de pérdida de control y de frecuencia elevada del trastorno. Destaca, por otra parte, que aquellos pacientes que más tiempo emplearon en las obsesiones necesitaron menos la recomendación de otras personas para solicitar tratamiento, lo cual se explica porque la vivencia de miedo asociada al trastorno, e indicada como motivo de consulta, podría haber sido suficiente para considerar la conveniencia de solicitar tratamiento. Finalmente, los pacientes con un TOC de inicio más tardío y con menos tiempo de evolución señalaron motivos relacionados con percibir el trastorno como un problema grave (i.e. pensar que era algo malo, pensar que la salud corría peligro) y que además no se controla ni desaparece.

2.3. Relación entre las medidas de cuestionarios auto-informados y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se detalla la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y el nivel de calidad de vida y el grado de sintomatología de ansiedad y depresión.

La calidad de vida (puntuación total en GHQ-28) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, una mejor calidad de vida se relacionó con reconocer el problema porque producía ansiedad ($r=-,820$; $p=,013$), mientras que una peor calidad de vida se asoció con demorar la consulta con un profesional por considerar que el trastorno molestaba poco ($r=,816$; $p=,025$). Respecto a las subescalas de calidad de vida, tampoco ninguna de ellas se asoció con el período de reconocimiento, de revelación ni de consulta. Sin embargo, una mayor gravedad en la subescala de síntomas somáticos se asoció con consultar porque el trastorno no se pasaba ($r=,709$; $p=,049$). Por otra parte, mientras que una menor gravedad en la subescala de depresión se asoció con reconocer el problema porque provocaba ansiedad ($r=-,908$; $p=,002$), una mayor gravedad en esta subescala se asoció con demorar la consulta con un profesional por considerar que el trastorno molestaba poco ($r=,932$; $p=,002$). Las correlaciones obtenidas en el cuestionario de calidad de vida hay que tomarlas con cautela ya que, tal y como se explicó en otro apartado, el número de pacientes que cumplimentó este cuestionario fue muy reducido ($N=8$).

Un nivel elevado de *worry* (puntuación en PSWQ) se asoció con tardar menos tiempo en hablar por primera vez del problema ($r=-,413$; $p=,012$) y en consultar con un profesional ($r=-,248$; $p=,043$). Sin embargo, no se asoció con el tiempo que tardaron los pacientes en reconocer el problema ($r=-,201$; $p=,105$). Por otra parte, un mayor nivel de *worry* se asoció con reconocer el problema porque producía tristeza ($r=,307$; $p=,011$), con demorar la ayuda profesional por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=,283$; $p=,040$) y por miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental ($r=,363$; $p=,008$), y con solicitar tratamiento por percibir que el problema generaba interferencia ($r=,355$; $p=,003$), por miedo a volverse loco ($r=,435$; $p=,004$), porque el problema producía tristeza ($r=,327$; $p=,006$) y, de forma caso significativa, por considerar el problema algo malo ($r=,236$; $p=,055$). Por el contrario, un menor nivel de *worry* se relacionó con demorar la consulta con un profesional por considerar que el problema molestaba poco ($r=-,396$; $p=,017$).

La gravedad de la sintomatología depresiva (puntuación en el BDI-II) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de depresión se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental ($r=,263$; $p=,052$) y por no tener a quién contarle ($r=,475$; $p=,005$), y con consultar con un profesional por percibir que el problema generaba interferencia ($r=,291$; $p=,014$).

Como conclusión, únicamente el nivel de *worry* se relacionó con los **períodos temporales del proceso de búsqueda de ayuda**, de forma que los pacientes con mayor nivel de preocupaciones rumiativas tardaron menos tiempo en hablar del problema y en consultar con un profesional.

Con relación a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los pacientes que presentaron mejor calidad de vida en general, y en concreto con menos afectación depresiva (medida por el cuestionario de calidad de vida), destacaron la influencia de la ansiedad secundaria al problema, mientras que los pacientes con nivel elevado de preocupación destacaron la importancia de la tristeza secundaria al trastorno.

Respecto a los **motivos que dificultaron la consulta con un profesional**, los pacientes con peor calidad de vida en general, y en concreto con más afectación depresiva (medida por el cuestionario de calidad de vida) y con menor nivel de preocupación, destacaron que el problema generaba poca interferencia. Los pacientes con mayor nivel de preocupación y con un nivel más alto de depresión (medida con el BDI-II) señalaron la influencia del miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental. Además, los pacientes con alto nivel de *worry* indicaron el miedo a que los pensamientos se hicieran realidad si se hablaba de ellos, mientras que los pacientes con mayor grado de depresión señalaron no tener con quién hablar del problema.

Por lo que se refiere a los **motivos que favorecieron la consulta con un profesional**, los pacientes con peor calidad de vida en el área somática destacaron que el problema no se pasaba, los pacientes con mayor nivel de preocupación señalaron la interferencia y la tristeza que generaban el problema, la consideración de éste como algo malo y el miedo a volverse loco. La interferencia también fue señalada como motivo destacado para solicitar tratamiento en los pacientes con un nivel depresivo alto.

2.4. Relación entre el contenido obsesivo y el proceso de búsqueda de ayuda

Se analizó el proceso de búsqueda de ayuda en función del contenido de la obsesión principal. Como ya se ha comentado más arriba, la obsesión principal se determinó en el transcurso de la evaluación diagnóstica de forma acordada por el psicólogo clínico y el paciente como aquella que más molestia e interferencia ocasionaba al paciente. La decisión de clasificar a los pacientes en función del contenido de la obsesión principal, en lugar de utilizar otros criterios de clasificación (p.e. subtipos de TOC), se basa fundamentalmente en que, dado que el objeto de estudio de la presente investigación es la búsqueda de ayuda profesional, se consideró que el criterio más adecuado para clasificar a los pacientes era precisamente el motivo por el que solicitaban dicha ayuda (i.e. el contenido de la obsesión principal). Por otra parte, la clasificación basada en subtipos resulta controvertida ya que choca con la visión de los trastornos mentales desde la dimensionalidad y porque, además, suele haber coexistencia entre diversos contenidos obsesivos y una transición de un contenido a otro en el curso del trastorno, lo cual plantea serias dudas para clasificar a los pacientes en un único subtipo.

Respecto a los **períodos temporales** (tabla 2), no se obtuvieron diferencias en tiempo de reconocimiento, ni en tiempo de revelación, ni en tiempo de consulta. A pesar de ello, resulta relevante destacar que los pacientes que más tardaron en **reconocer** su problema fueron los que presentaban obsesiones de sexo, inmoralidad y religión, seguidos de los que tenían obsesiones de agresión y obsesiones de contaminación y limpieza, mientras que los que menos tardaron fueron aquellos con obsesiones de enfermedad. Los pacientes que más tardaron en **hablar** de su problema fueron los que presentaron obsesiones de agresión, seguido por los que presentaron obsesiones de superstición y magia y obsesiones de contaminación y limpieza. Los que menos tardaron en hablar fueron los que presentaron obsesiones de sexo, inmoralidad o religión. Finalmente, los que más tardaron en **solicitar tratamiento** fueron los que presentaron obsesiones de sexo, inmoralidad o religión, seguidos de los que presentaron obsesiones de contaminación y limpieza y superstición o magia. Los que menos tardaron en solicitar tratamiento fueron los que presentaron obsesiones relacionadas con enfermedades.

En referencia a los **motivos para demorar la búsqueda de tratamiento**, se encontraron diferencias en considerar que el problema molestaba poco ($\chi^2_{(5)}=12,620$; $p=,027$), de forma que los pacientes con obsesiones de agresión fueron los que más

señalaron este motivo. Por otra parte, respecto a los **motivos para consultar con un profesional**, se hallaron diferencias en pensar que los pensamientos se podían hacer realidad ($\chi^2_{(5)}=12,848$; $p=,025$), de manera que los pacientes con obsesiones agresivas y de sexo, inmoralidad o religión fueron los que más señalaron este motivo. Además, también se obtuvieron diferencias en consultar por considerar que era o se había vuelto mala persona ($\chi^2_{(5)}=12,331$; $p=,031$), de forma que los pacientes con obsesiones de sexo, inmoralidad o religión fueron los que más señalaron este motivo.

Tabla 2. Diferencias entre contenidos de la obsesión principal en tiempo de reconocimiento, de revelación y de consulta

Tiempo en meses	Sexo Inmoral Religión	Agresión	Contaminación Limpieza	Dudas Error Comprobar	Superstición Magia	Enfermedades	F	gl	η_p^2
Reconoc.	76 (131,64)	39,27 (87,87)	34,73 (86,25)	24,81 (36,17)	6,89 (13,46)	3,6 (6,99)	0,770	5, 58	,062
Revelación	12 (0)	71 (107,22)	46,89 (59,69)	18,03 (22,82)	48,33 (106,07)	22 (32,92)	0,479	5, 28	,079
Consulta	81,17 (129,87)	55,82 (94,09)	79,44 (121,90)	31,76 (40,18)	62,89 (85,68)	28,20 (30,91)	0,725	5, 59	,058

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos son Media (DT)

2.5. Relación entre resultados del tratamiento y el proceso de búsqueda de ayuda

Para llevar a cabo este análisis se clasificó a los pacientes en función del resultado del tratamiento. Este resultado se determinó en función de los criterios de Jacobson y Truax (1991). Según estos autores, los pacientes que mejoran son aquellos que presentan una puntuación total en YBOCS post-tratamiento ≤ 12 y una disminución entre la puntuación pre y post-tratamiento en YBOCS de al menos 6 puntos. Por otra parte, los pacientes recuperados son aquellos con una puntuación total en YBOCS post-tratamiento ≤ 7 y una disminución entre la puntuación pre y post-tratamiento en YBOCS de al menos 6 puntos. Esta variable se analizó en 37 de los 71 pacientes, de los cuales 19 se recuperaron, 9 mejoraron y 9 ni mejoraron ni se recuperaron.

No se encontraron diferencias entre los grupos en el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema ($F_{(2,32)}=0,300$; $p=,743$; $\eta_p^2=,018$) ni en el tiempo que tardaron en hablar sobre él ($F_{(2,9)}=2,024$; $p=,188$; $\eta_p^2=,310$), aunque se rozó la significación en el tiempo de consulta ($F_{(2,34)}=3,086$; $p=,059$; $\eta_p^2=,154$). Tampoco se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los motivos de reconocimiento, de demora ni de consulta. Únicamente se rozó la significación en solicitar ayuda profesional porque el problema dominaba la vida ($\chi^2_{(2)}=5,625$; $p=,060$), de forma que los que se recuperaron señalaron menos ese motivo. También se rozó la significación en demorar la ayuda profesional por percibir interferencia asociada al trastorno ($\chi^2_{(2)}=5,208$; $p=,074$), de forma que los que no mejoraron ni se recuperaron fueron los que más señalaron este motivo.

2.6. Predictores de la búsqueda de ayuda

Las variables del proceso de búsqueda que se escogieron para ser predichas fueron el tiempo de reconocimiento, el tiempo de revelación y el tiempo de consulta. Como variables predictoras se introdujeron las variables sociodemográficas y clínicas continuas que presentaron bien una correlación estadísticamente significativa o bien un valor de correlación próximo a la significación.

El tiempo de reconocimiento fue predicho por el malestar generado por las obsesiones (medido por un ítem del YBOCS) con un 26,6% de varianza explicada (tabla 3). La variable resultó significativa y el modelo predictivo también ($F_{(1,25)}=9,057$; $p=,006$).

Respecto al tiempo de revelación, las variables predictoras fueron los años de evolución y el malestar originado por las obsesiones, con un 34,8% y un 24,4% de varianza explicada, respectivamente. Ambas variables resultaron significativas. De la misma manera, el modelo predictivo, que explicó en total un 59,2% de la varianza, también resultó significativo ($F_{(2,19)}=13,769$; $p=,0001$).

El tiempo de consulta fue predicho exclusivamente y de forma significativa por la subescala Depresión del cuestionario de calidad de vida, la cual explicó un 71,7% de la varianza. El modelo predictivo resultó significativo ($F_{(1,5)}=12,637$; $p=,016$).

Tabla 3. Análisis de regresión en el grupo TOC

V. dependientes	V. predictoras	Cambio en R2	Beta	t	Sig
Reconocimiento	YBOCS-Obsesiones-Malestar	,266	-,516	-3,010	,006
Revelación	Años de evolución	,348	,595	4,058	,001
	YBOCS-Obsesiones-Malestar	,244	-,494	-3,368	,003
Consulta	GHQ-28 Depresión	,717	,846	3,555	,016

2.7. Análisis interno del proceso de búsqueda de ayuda

2.7.1. Períodos temporales

El 52,1% de los pacientes afirmó haber reconocido el problema de manera temprana. El tiempo medio que tardaron en reconocer que tenían un problema fue de 27,26 meses (DT=62,39). A pesar de ello, el tiempo medio que tardaron en hablar por primera vez de él con alguien fue muy superior (40,60 meses; DT=67,91) y aún mayor el tiempo medio que tardaron en solicitar ayuda por parte de un profesional sanitario (53,01 meses; DT=83,36). Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre estos tres períodos temporales, de forma que cuanto más tiempo se había tardado en reconocer el problema, más se demoraron en hablar por primera vez de él ($r=,647$; $p=,0001$). Por otra parte, tardar más en solicitar ayuda profesional se relacionó con tardar más en reconocer el problema ($r=,693$; $p=,0001$) y en hablarlo con otras personas ($r=,900$; $p=,0001$). La vivencia de un reconocimiento temprano se relacionó de forma lógica con tardar menos tiempo en reconocer el problema ($r=-,481$; $p=,0001$) y con tardar menos tiempo en solicitar ayuda profesional ($r=-,247$; $p=,040$). Sin embargo, la vivencia de un reconocimiento temprano no se asoció significativamente con el tiempo que tardaron los pacientes en hablar del problema por primera vez ($r=-,313$; $p=,059$), aunque cabe destacar que la correlación fue moderada y se rozó la significación estadística.

En el momento de hablar por primera vez con alguien del trastorno, los pacientes comentaron el contenido de sus obsesiones y compulsiones. El 32,6% hablaron por primera vez del problema con su pareja y un 30,2% con la familia. Los motivos fundamentales por los que revelaron el problema fueron buscar apoyo, comprensión o ayuda (27,5%), la insistencia de las personas de su alrededor (17,5%) por considerar que no era normal, considerar que era un problema lo que le pasaba

(17,5%) y por comprobar la interferencia que producía el trastorno para sí mismo y las personas de su entorno (15%).

El profesional al que consultaron por primera vez el problema fue el médico de atención primaria (46,3%), seguido del psicólogo clínico (25,9%) y del psiquiatra (25,9%).

La mayoría (84,5%) reconocieron que hubiera sido conveniente consultar nada más reconocer el problema, argumentando como motivo principal poder evitar un empeoramiento del trastorno.

2.7.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Respecto a los motivos que favorecieron el reconocimiento del trastorno (tabla 4), los más señalados fueron: porque el trastorno generaba ansiedad o nerviosismo, porque el paciente no lo controlaba y porque generaba interferencia. Destaca, además, que un amplio porcentaje indicó que observó cambios en el comportamiento y que alguien del entorno cercano destacó la presencia del problema, lo cual confirma la elevada interferencia que genera en el funcionamiento cotidiano y en el área interpersonal.

Cuando se planteó a los pacientes la pregunta abierta acerca de qué cambios en el comportamiento favorecieron el reconocimiento, señalaron las compulsiones (39%), seguido de la irritabilidad (13%) y el aislamiento social (13%).

Por otra parte, las principales personas que favorecieron el reconocimiento fueron la familia (56,5%) y la pareja (26,1%), que en la mayoría de los casos dijeron al paciente que lo que hacía no era normal o que tenía un problema.

Tabla 4. Porcentaje de pacientes con TOC que señalaron los motivos de reconocimiento

Ansiedad o nerviosismo	78,6%
No lo podía controlar	76,8%
Interferencia	70,0%
Frecuencia	59,5%
Observar cambios en el comportamiento	57,1%
Tristeza	52,9%
Alguien le dijo que no era normal	32,9%

Los motivos que favorecieron el reconocimiento se relacionaron entre sí de la siguiente manera (ver tabla 5). El hecho de que el problema fuera frecuente, que generara ansiedad e interferencia y que el paciente observara cambios en el comportamiento fueron los motivos más interrelacionados. Sin embargo, la tristeza, la falta de control y el reconocimiento favorecido por otra persona presentaron menos relación con otros motivos. Destaca que observar cambios en el comportamiento se asociara con la participación de otra persona en el reconocimiento, lo cual refleja la importancia de las manifestaciones externas del trastorno en la detección del problema por parte del entorno.

Resultados

Tabla 5. Correlaciones entre los motivos de reconocimiento en pacientes con TOC

	Frecuencia	Ansiedad	Interferencia	Tristeza	Cambios en comportamiento	No control	Alguien se lo dijo
Frecuencia	1 42	,397** 42	,446** 42	,534** 42	,615** 42	,281 42	-,111 42
Ansiedad		1 42	,369* 42	,290 42	,341* 42	,349* 42	-,042 42
Interferencia			1 70	,443** 70	,504** 70	,308** 69	-,073 70
Tristeza				1 70	,397** 70	,230 69	-,071 70
Cambios en comportamiento					1 70	,211 69	-,255* 70
No control						1 69	,007 69
Alguien se lo dijo							1 70

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

2.7.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

En referencia a los motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento (tabla 6), los más señalados fueron: pensar que el problema se pasaría, pensar que se podía controlar y experimentar vergüenza. Cabe destacar que no existe un motivo de demora ampliamente señalado, lo cual puede indicar la amplia variedad de motivos que participan significativamente en demorar la solicitud de tratamiento en el TOC. Llama la atención que, aparte de la vergüenza, otros motivos asociados al estigma persona y social también fueron muy destacados, como el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental, el miedo al rechazo y el sentimiento de culpa.

Tabla 6. Porcentaje de pacientes con TOC que señalaron los motivos de demora del tratamiento

Pensaba que se pasaría	63,6%
Pensaba que lo podía controlar	54,5%
Vergüenza	50,9%
Poco importante	45,5%
Miedo a ser considerado loco o enfermo mental	43,6%
No lo consideraba peligroso	39,1%
Miedo al rechazo	29,4%
Sentirse culpable	20,6%
No provocaba interferencia	17,3%
Molestaba poco	16,2%
No saber a quién contarlo	14,7%
Miedo al tratamiento	11,8%
Desconfianza de la ayuda profesional	11,8%
Lo tenía pocas veces	8,8%
No tener a quién contarlo	5,9%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	5,5%
Pensaba que era algo común	4,5%
Proporcionaba sensaciones placenteras	0,0%

Respecto a las relaciones entre los motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de tratamiento, cabe destacar lo siguiente (ver tabla 7). Existen dos grupos destacados de motivos, por una parte, los asociados al estigma personal y social (i.e. sentimientos de culpa y de vergüenza, miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental y miedo al rechazo) relacionados entre sí y, por otra, los relacionados con la minimización del problema (i.e. pensar que se pasaría y no considerarlo peligro) y con el miedo al tratamiento también relacionados entre sí. Además, ambos grupos aparecen interconectados, lo cual daría lugar a interpretar que el estigma personal y social lleva a minimizar el problema y a temer el tratamiento.

Tabla 7. Correlaciones entre los motivos de demora en pacientes con TOC

	1 Vergüenza	2 Molesta poco	3 Culpable	4 Tenía pocas veces	5 Pensamiento- realidad	6 Poco importante	7 Loco	8 No interferencia	9 Control	10 Miedo tratamiento	11 Se pasaría	12 Miedo rechazo	13 Desconfianza profesionales	14 No tener a quién contarlo	15 No saber a quién contarlo	16 No peligroso	17 Común
1	1	-,305	,364*	-,104	,236	-,126	,497**	,152	-,020	,183	-,137	,645**	0,000	0,000	,083	,195	-,182
	55	37	34	34	55	55	55	52	55	34	55	34	34	34	34	23	22
2		1	-,236	,128	-,131	,208	-,214	-,045	-,036	-,169	,192	-,299	-,169	,212	,026	,009	-,118
		37	34	34	37	37	37	34	37	34	37	34	34	34	34	23	22
3			1	,098	,182	-,426*	,280	-,079	,159	,266	-,165	,310	,266	-,127	-,006	,009	-,118
			34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	23	22
4				1	-,078	-,050	-,276	,098	,068	-,114	,260	-,201	-,114	-,078	-,129	-,247	-,069
				34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	23	22
5					1	,102	,112	-,091	,058	,297	,015	,113	-,091	-,063	-,104	,069	-,048
					55	55	55	52	55	34	55	34	34	34	34	23	22
6						1	-,141	,002	,173	-,120	,083	-,278	-,120	,045	-,010	,270	-,165
						55	55	52	55	34	55	34	34	34	34	23	22
7							1	,086	,141	,411*	-,097	,596**	,043	,030	,133	,452*	-,165
							55	52	55	34	55	34	34	34	34	23	22
8								1	,100	-,186	,048	,150	,040	-,127	-,006	,385	-,069
								52	52	34	52	34	34	34	34	23	22
9									1	,141	,524**	-,206	-,043	-,030	,034	,095	,182
									55	34	55	34	34	34	34	23	22
10										1	,306	,165	,433*	-,091	-,152	,572**	-,087
										34	34	34	34	34	34	23	22
11											1	-,378*	-,065	-,045	-,328	,143	,149
											55	34	34	34	34	23	22
12												1	,165	,113	,279	,009	-,118
												34	34	34	34	23	22
13													1	-,091	-,152	,572**	-,103
													34	34	34	23	22
14														1	,602**	,069	-,069
														34	34	23	22
15															1	-,046	-,087
															34	23	22
16																1	-,165
																23	22
17																	1
																	22

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

2.7.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que favorecieron la consulta del problema con un profesional sanitario (tabla 8), los más señalados fueron: porque generaba ansiedad, porque no lo controlaba, porque interfería con el funcionamiento cotidiano, porque no se pasaba y porque se hizo más frecuente. Sin embargo, es importante destacar que todos los motivos de consulta fueron indicados por un elevado porcentaje de pacientes. Especialmente significativo es que un 18,6% señaló como motivo de solicitud de ayuda la idea de ser o haberse vuelto mala persona por el hecho de tener el trastorno, lo cual refleja de presencia de estigma personal en un número significativo de pacientes.

La recomendación de pedir ayuda profesional provino de la familia (57,7%) y la pareja (34,6%) y los principales argumentos fueron que el paciente estaba mal o tenía un problema (31,6%), la interferencia en áreas personales (26,3%) y la importancia de pedir ayuda, solucionarlo y mejorar (21,1%).

Tabla 8. Porcentaje de pacientes con TOC que señalaron los motivos de búsqueda de ayuda

Ansiedad o nerviosismo	81,4%
No lo controlaba	77,1%
Interferencia	71,4%
No se pasaba	71,4%
Incremento de la frecuencia	68,6%
Miedo a que aumentara o empeorara	62,5%
Dominaba su vida	62,1%
Miedo	59,6%
Tristeza	57,1%
Miedo a volverse loco	47,7%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	45,7%
Pensaba que era algo malo	43,5%
Se lo recomendó otra persona	40,6%
Pensaba que la salud corría peligro	30,0%
Ser o haberse vuelto mala persona	18,6%

Resultados

Respecto a las relaciones entre los diferentes motivos que facilitaron la consulta con un profesional (ver tabla 9), es importante destacar la elevada interrelación entre todos los motivos, con la excepción de *pensar que la salud corría peligro*. Esto indica el gran peso que tienen todos los motivos de consulta con influencias mutuas entre ellos, lo cual hace pensar que cuando el paciente se decide a pedir ayuda profesional es tras haber acumulado una gran cantidad de variables que permiten percibir la conveniencia de hacerlo.

Tabla 9. Correlaciones entre los motivos de consulta en pacientes con TOC

	1 Frecuente	2 Ansiedad	3 Interferencia	4 Pensamiento- realidad	5 No se pasaba	6 Miedo volverse loco	7 No control	8 Mala persona	9 Tristeza	10 Salud peligro	11 Miedo aumentara	12 Recomendó otra persona	13 Algo malo	14 Miedo	15 Dominaba vida
1	1	,468**	,253*	,189	,253*	,067	,218	,086	,409**	,429	,124	,059	,224	,202	,313
	70	70	70	70	70	44	70	70	70	10	40	69	69	57	29
2		1	,430**	,365**	,186	,167	,352**	,228	,329**	,218	,253	-,206	,124	,365**	,396*
		70	70	70	70	44	70	70	70	10	40	69	69	57	29
3			1	,326**	,300*	,419**	,559**	,221	,347**	,535	,282	-,253*	,279*	,441**	,472**
			70	70	70	44	70	70	70	10	40	69	69	57	29
4				1	,200	,361*	,363**	,373**	,215	,218	,527**	-,295*	,383**	,322*	,172
				70	70	44	70	70	70	10	40	69	69	57	29
5					1	,026	,635**	,221	,411**	-,048	,217	,113	,344**	,158	,057
					70	44	70	70	70	10	40	69	69	57	29
6						1	,332*	,231	,190	,048	,353*	-,198	,545**	,626**	,318
						44	44	44	44	10	40	44	44	31	29
7							1	,260*	,354**	,429	,516**	-,105	,462**	,361**	,478**
							70	70	70	10	40	69	69	57	29
8								1	,191	-,218	,086	-,146	,250*	,362**	,107
								70	70	10	40	69	69	57	29
9									1	,218	,234	,106	,415**	,271*	,353
									70	10	40	69	69	57	29
10										1	,524	-,655*	,218	,655*	,089
										10	10	10	10	10	10
11											1	-,147	,353*	,301	-,106
											40	40	40	27	28
12												1	-,021	-,533**	-,240
												69	68	56	29
13													1	,476**	,318
													69	56	29
14														1	,316
														57	28
15															1
															29

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

2.7.5. Relación entre los períodos temporales y los motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema, a la demora en la solicitud de ayuda profesional y a la consulta con un profesional

La vivencia por parte del paciente de un reconocimiento temprano del problema se asoció con reconocerlo por observar cambios en el comportamiento ($r=,256$; $p=,033$) y con un escaso reconocimiento favorecido por el entorno ($r=-,294$; $p=,014$). Además, ese reconocimiento temprano favoreció la búsqueda de tratamiento por el miedo del paciente a lo que le pasaba ($r=,307$; $p=,020$) y porque el problema dominaba su vida ($r=,471$; $p=,010$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, tardar más tiempo se asoció con demorar la petición de ayuda profesional por considerar que el problema molestaba poco ($r=,475$; $p=,004$). Sin embargo, tardar menos tiempo en reconocerlo se asoció con consultar con un profesional por pensar que el problema era algo malo ($r=-,298$; $p=,015$) y por miedo a volverse loco ($r=-,301$; $p=,053$).

En lo referente al tiempo que los pacientes tardaron en revelar el problema, tardar más tiempo se relacionó con demorar la consulta del problema por considerar que éste molestaba poco ($r=,503$; $p=,005$).

El tiempo que los pacientes tardaron en consultar con un profesional fue el período temporal que presentó mayor número de correlaciones estadísticamente significativas en comparación con los tiempos de reconocimiento y revelación. Tardar menos tiempo en solicitar tratamiento se relacionó con reconocer el problema porque producía ansiedad o nerviosismo ($r=-,396$; $p=,011$), porque generaba interferencia ($r=-,275$; $p=,023$), porque provocaba tristeza ($r=-,269$; $p=,027$) y por observar cambios en el comportamiento ($r=-,252$; $p=,038$), y con consultar con un profesional porque el problema generaba interferencia ($r=-,249$; $p=,040$), por no poder controlarlo ($r=-,244$; $p=,045$) y por pensar que era algo malo ($r=-,238$; $p=,052$). Por el contrario, tardar más tiempo en solicitar tratamiento se asoció con demorar la consulta por considerar que el problema molestaba poco ($r=,546$; $p=,001$).

3. Perfil de búsqueda de ayuda en la Agorafobia

3.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se describe la relación de cada una de las variables sociodemográficas con el tiempo que los pacientes tardan en reconocer el problema, en hablar por primera vez sobre él y en solicitar ayuda profesional y la relación con los tres bloques de variables motivaciones.

Respecto a la edad en el momento del estudio, los pacientes de más edad tardaron más tiempo en hablar por primera vez del problema ($r=,503$; $p=,020$) y en buscar ayuda profesional ($r=,494$; $p=,023$), y demoraron la solicitud de tratamiento por no tener a quién contarle ($r=,654$; $p=,008$). Por otro lado, los pacientes de menos edad demoraron la búsqueda de tratamiento por desconfianza de la ayuda profesional ($r=-,516$; $p=,049$), y consultaron porque el problema les interfería ($r=-,539$; $p=,012$) y porque se lo recomendó otra persona ($r=-,501$; $p=,021$).

El género no se asoció con ningún de los tres períodos temporales. Sin embargo, el ser hombre se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=-,535$; $p=,040$).

El estado civil no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, los solteros y los casados o con pareja estable señalaron que reconocieron el problema porque les interfería en mayor medida que los separados o viudos ($\chi^2_{(3)}=7,933$; $p=,047$). Además, los casados o con pareja estable fueron los que menos indicaron haber demorado la búsqueda de tratamiento porque el problema lo tenían pocas veces ($\chi^2_{(2)}=7,582$; $p=,023$) y los que más consultaron porque el trastorno dominaba sus vidas ($\chi^2_{(2)}=10,684$; $p=,014$). Así mismo, se obtuvieron diferencias en demora por no saber a quién contarle ($\chi^2_{(2)}=6,071$; $p=,048$), de manera que los solteros fueron los que menos señalaron este motivo. Además, los solteros, más que los casados o con pareja estable, señalaron demorar la ayuda profesional por no considerar el problema peligroso ($\chi^2_{(2)}=6,234$; $p=,044$).

La presencia de apoyo social se asoció con tardar menos tiempo en reconocer el problema ($r=-,588$; $p=,005$), pero no se relacionó ni con el período de revelación ni con el de consulta. Así mismo, la presencia de apoyo social se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por necesidad de controlar el trastorno ($r=,650$; $p=,009$), y

con solicitar ayuda profesional por presencia de ansiedad ($r=,447$; $p=,042$) y por no controlar el problema ($r=,689$; $p=,001$).

Un mayor nivel socioeconómico se relacionó con tardar menos tiempo en reconocer el problema ($r=-,471$; $p=,031$), pero no se asoció ni con el período de revelación ni con el de consulta. Por otra parte, un mayor nivel socioeconómico se asoció con consultar porque el problema aumentó de frecuencia ($r=,447$; $p=,042$), porque generaba ansiedad ($r=,438$; $p=,047$) y por no poder controlar el trastorno ($r=,473$; $p=,030$).

El nivel de estudios no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de estudios se asoció con demorar el tratamiento por no percibir interferencia ($r=,644$; $p=,010$) y por pensar que se podía controlar el problema ($r=,573$; $p=,026$). Por el contrario, un menor nivel de estudios se asoció con consultar por presencia de tristeza ($r=-,622$; $p=,003$).

En síntesis, la edad, la presencia de apoyo social y el nivel socioeconómico fueron las únicas variables que influyeron en el **tiempo** que los pacientes tardaron en reconocer el problema, en hablar de él o en solicitar ayuda profesional. En este sentido, los pacientes con apoyo social y con más nivel socioeconómico tardaron menos tiempo en reconocer el problema, mientras que los de mayor edad tardaron más tiempo en hablar del problema y en solicitar tratamiento.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento**, los solteros y los casados o con pareja estable destacaron la influencia de la interferencia originada por el trastorno.

En relación a los **motivos que dificultaron la solicitud de ayuda profesional**, los pacientes de menos edad señalaron la desconfianza de dicha ayuda y los de más edad indicaron la ausencia de personas con las que hablarlo. Por otra parte, los hombres destacaron la presencia de sentimientos de culpa, mientras que los solteros afirmaron no considerar el problema peligroso. Aquellos con apoyo social y con más nivel de estudios señalaron que creían que podían controlar el problema, además estos últimos no percibían que el problema les interfiriera.

Respecto a los **motivos que favorecieron la consulta con un profesional**, los pacientes de menos edad destacaron el papel de la interferencia, mientras que los casados o con pareja estable, los que tenían apoyo social y los de mayor nivel

socioeconómico señalaron motivos relacionados con la pérdida de control. Además, en los pacientes de menos edad influyó la recomendación de otra persona, en los que tenían apoyo social y un mayor nivel socioeconómico influyó el hecho de experimentar ansiedad secundaria al trastorno y en los que tenían menos nivel académico influyó la presencia de tristeza secundaria al trastorno.

3.2. Relación entre las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda

A continuación, se describe la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y la gravedad de la agorafobia, la edad a la que se inició el trastorno, el tiempo de evolución de la agorafobia, la presencia de comorbilidad con otro trastorno mental y con enfermedades médicas y el número de experiencias vitales.

La gravedad de la agorafobia (puntuación total en el Inventario de agorafobia) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. No obstante, una menor gravedad del trastorno se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por percibir que el problema era poco frecuente ($r=-,649$; $p=,009$), mientras que una mayor gravedad se asoció con solicitar tratamiento por miedo a volverse loco ($r=,448$; $p=,041$), porque el problema provocaba tristeza ($r=,480$; $p=,028$) y porque dominaba la vida ($r=,631$; $p=,002$). Respecto a las subescalas del inventario de agorafobia, tampoco se relacionaron con ninguno de los tres períodos temporales. Respecto a la relación con los tres bloques motivacional, es importante destacar lo siguiente. Una menor conducta de evitación se asoció con demorar la solicitud de tratamiento porque el problema era poco frecuente ($r=-,548$; $p=,034$), mientras que una mayor evitación se relacionó con consultar con un profesional porque el problema generaba tristeza ($r=,511$; $p=,018$) y porque dominaba la vida ($r=,594$; $p=,005$). Una menor gravedad en las repuestas psicofisiológicas se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por pensar que el problema que se pasaría ($r=-,550$; $p=,034$), mientras que una mayor gravedad en esta variable se asoció con solicitar ayuda profesional por miedo al problema ($r=,447$; $p=,042$). Finalmente, una mayor gravedad en las respuestas cognitivas se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=,616$; $p=,014$) y con solicitar ayuda profesional por miedo a volverse loco ($r=,542$; $p=,011$).

La edad de inicio del trastorno no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un inicio más temprano se asoció con consultar con un profesional por pensar que el problema era algo malo ($r=-,441$; $p=,045$).

El tiempo de evolución del trastorno no se relacionó con el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema ($r=,148$; $p=,521$). Por el contrario, una mayor evolución se asoció con tardar más tiempo en hablar del problema ($r=,752$; $p=,0001$) y con tardar más tiempo en solicitar tratamiento ($r=,796$; $p=,0001$). Un menor tiempo de evolución se asoció con demorar la solicitud de ayuda profesional por pensar los pacientes que podían controlar el problema ($r=-,724$; $p=,002$), y con buscar tratamiento por percibir que el problema se hacía más frecuente ($r=-,459$; $p=,036$) y porque provocaba interferencia ($r=-,730$; $p=,0001$). Sin embargo, un mayor tiempo de evolución se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,792$; $p=,0001$) y por no tener a quién contarle ($r=,745$; $p=,001$).

La presencia de comorbilidad con otro trastorno mental no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, la ausencia de dicha comorbilidad se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por pensar los pacientes que podría controlar el problema ($r=-,533$; $p=,041$).

El número de experiencias vitales no correlacionó con ninguno de los tres períodos temporales. No obstante, una menor presencia de experiencias vitales se relacionó con reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=-,535$; $p=,013$), mientras que una mayor presencia de experiencias vitales se relacionó con consultar con un profesional porque el problema generaba ansiedad ($r=,429$; $p=,052$) y porque dominaba la vida ($r=,429$; $p=,052$).

Como conclusión, solo el tiempo de evolución del trastorno influyó en los **períodos temporales** del proceso de búsqueda de ayuda, de manera que los pacientes con una agorafobia de más larga evolución tardaron más tiempo en hablar sobre ella y en solicitar ayuda profesional.

Respecto a los **motivos de reconocimiento del problema**, sólo influyeron las experiencias vitales asociadas al trastorno, de forma que los pacientes con menor número de ellas indicaron en mayor medida la falta de control.

En referencia a los **motivos que retrasaron la solicitud de tratamiento**, los pacientes con una agorafobia menos grave, y en concreto con menos conductas de

evitación y menos respuestas psicofisiológicas, indicaron motivos relacionados con la baja frecuencia del problema y con considerarlo algo pasajero. Sin embargo, los pacientes con más gravedad en las respuestas cognitivas indicaron en mayor medida que creían que si contaban lo que les pasaba se podía hacer realidad. Por otra parte, los pacientes con una agorafobia de menor evolución y con más comorbilidad con otros trastornos mentales señalaron la vivencia de control del trastorno, mientras con los pacientes con una agorafobia de más evolución indicaron el miedo al rechazo y la falta de personas con las que hablar sobre el problema.

Finalmente, respecto a los **motivos que contribuyeron a solicitar ayuda profesional**, los pacientes con una agorafobia más grave, reflejado en más conductas de evitación, psicofisiológicas y cognitivas, indicaron la presencia de miedo al problema, de tristeza y la vivencia total de pérdida de control. Por otra parte, los pacientes con una agorafobia de inicio más temprano señalaron la percepción del trastorno como algo malo, mientras que los pacientes con una agorafobia de menor evolución señalaron la frecuencia e interferencia del problema. Además, la presencia de más experiencias vitales contribuyó a una mayor presencia de ansiedad y mayor vivencia de pérdida de control.

3.3. Relación entre las medidas de cuestionarios auto-informados y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se detalla la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y el nivel de calidad de vida y la intensidad de la sintomatología ansioso-depresiva.

El nivel de calidad de vida (puntuación total en GHQ-28) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, una mejor calidad de vida se asoció, casi significativamente, con demorar la solicitud de tratamiento por miedo al rechazo ($r=-,501$; $p=,057$) y con consultar con un profesional por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=-,431$; $p=,051$). Respecto a las subescalas del cuestionario de calidad de vida, ninguna presentó correlaciones significativas con el período de reconocimiento, ni de revelación, ni de solicitud de tratamiento. No obstante, una mayor disfunción social se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=,562$; $p=,029$), mientras que, próximo a la significación, se encontró que una menor afectación en síntomas somáticos se asoció con demorar la consulta por miedo al rechazo ($r=-,501$; $p=,057$).

El nivel de *worry* (puntuación total en PSWQ) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel de *worry* se asoció a reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=-,456$; $p=,038$) y a demorar la solicitud de tratamiento por considerar que se podía controlar ($r=-,509$; $p=,052$).

La gravedad de la sintomatología depresiva (puntuación en BDI-II) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel de depresión se asoció con reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=-,523$; $p=,015$) y con demorar la búsqueda de tratamiento por pensar que se pasaría ($r=-,617$; $p=,014$). Por el contrario, un mayor nivel de depresión se relacionó con consultar con un profesional porque la agorafobia dominaba la vida ($r=,465$; $p=,034$).

En conclusión, ninguna variable influyó en el **tiempo** que se prologaron los períodos de reconocimiento, revelación y solicitud de tratamiento.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los pacientes con menos nivel de preocupación rumiativa y de depresión (según puntuación en BDI-II) destacaron no poder controlar el problema.

En lo referente a los **motivos que contribuyeron a retrasar la consulta con un profesional**, los pacientes con mejor calidad de vida en general y con más disfunción social destacaron motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e. miedo al rechazo y sentimientos de culpa). Por otra parte, los pacientes con menor nivel de *worry* y de depresión (según puntuación en BDI-II) destacaron bien la creencia de poder controlar el problema, bien la creencia de que se pasaría.

Respecto a los **motivos que facilitaron la consulta con un profesional**, los pacientes con mejor calidad de vida señalaron el miedo a que lo que pensaban se pudiera hacer realidad, y aquellos con mayor nivel de depresión (según puntuación en BDI-II) indicaron que el problema dominaba sus vidas.

3.4. Relación entre la agorafobia con y sin trastorno de pánico y el proceso de búsqueda de ayuda

Teniendo en cuenta que la presencia del trastorno de pánico añade complejidad clínica a la agorafobia y que suele ser un trastorno por el que los pacientes solicitan ayuda profesional de forma más temprana, se consideró la

conveniencia de analizar si su presencia aportaba diferencias al proceso de búsqueda de ayuda frente a la sola presencia de agorafobia.

Se analizaron las diferencias en el proceso de búsqueda de ayuda entre el grupo de agorafobia con trastorno de pánico (TP) y sin TP. No se obtuvieron diferencias entre los grupos ni en el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema ($t_{(12,68)}=-,412$; $p=,687$; $d=-,183$) ni en el tiempo que tardaron en hablar de él ($t_{(19)}=-1,458$; $p=,161$; $d=-,621$), ni en el que tardaron en solicitar tratamiento ($t_{(19)}=-1,886$; $p=,075$; $d=-,806$).

Por lo que respecta a los motivos de reconocimiento, de demora en la búsqueda de tratamiento y de consulta con un profesional, se encontraron diferencias significativas en reconocer el problema porque generaba interferencia ($\chi^2_{(1)}=3,850$; $p=,050$), de forma que los pacientes sin TP señalaron más este motivo (100% vs. 70%). También se obtuvieron diferencias en demorar la consulta con un profesional por pensar que el problema se pasaría ($\chi^2_{(1)}=4,286$; $p=,038$), de forma que los pacientes sin TP señalaron más este motivo (100% vs. 57,1%). Así mismo, se obtuvieron diferencias en demorar la búsqueda de tratamiento por desconfianza de la ayuda profesional ($\chi^2_{(1)}=4,773$; $p=,029$), siendo más señalado por los pacientes sin TP (50% vs 0%). Por último, se obtuvieron diferencias en demorarlo por no saber a quién contarle ($\chi^2_{(1)}=4,286$; $p=,038$), siendo más señalado por los pacientes con TP (0% vs. 42,9%). No se obtuvieron diferencias en ninguno de los motivos de consulta.

3.5. Predictores de la búsqueda de ayuda

Las variables del proceso de búsqueda que se escogieron para ser predichas fueron el tiempo de reconocimiento, el tiempo de revelación y el tiempo de consulta. Como variables predictoras se introdujeron las variables sociodemográficas y clínicas continuas que presentaron bien una correlación estadísticamente significativa o bien un valor de correlación próximo a la significación.

El tiempo de reconocimiento fue predicho únicamente por el nivel socioeconómico con un porcentaje del 22,2% de la varianza, siendo esta variable significativa (tabla 10). El modelo predictivo también resultó significativo ($F_{(1,19)}=5,410$; $p=,031$).

El tiempo de revelación fue predicho por la edad en el momento del estudio y por los años de evolución. Mientras que la primera variable explicó un 25,3% de la varianza, y no resultó estadísticamente significativa, la segunda explicó un 33% y alcanzó la significación estadística. El modelo predictivo compuesto por ambas variables, sin embargo, fue significativo ($F_{(2,18)}=12,545$; $p=,0001$).

El tiempo de consulta fue predicho, al igual que el tiempo de revelación, por la edad en el momento del estudio y por los años de evolución. Ambas predijeron un mayor porcentaje de varianza en comparación al tiempo de revelación (64,2%), distribuido en un 24,4% por parte de la edad en el momento del estudio y en un 39,9% por parte de los años de evolución. Mientras que la edad no resultó significativa, los años de evolución sí lo fueron y el modelo predictivo compuesto por ambas variables también ($F_{(2,18)}=16,162$; $p=,0001$).

Tabla 10. Análisis de regresión en el grupo Agorafobia

V. dependientes	V. predictoras	Cambio en R2	Beta	t	Sig
Reconocimiento	Nivel socioeconómico	,222	-,471	-2,326	,031
Revelación	Edad	,253	,152	,851	,406
	Años de evolución	,330	,673	3,768	,001
Consulta	Edad	,244	,108	,652	,523
	Años de evolución	,399	,740	4,480	,000

3.6. Análisis interno del proceso de búsqueda de ayuda

3.6.1. Períodos temporales

El 81% de los pacientes con agorafobia afirmó haber reconocido el problema de manera temprana. El tiempo medio que tardaron en reconocer el problema fue de 3,76 meses (DT=11,45). Bastante más tiempo tardaron en hablar por primera vez con alguien del trastorno, de forma que el tiempo medio empleado en hacerlo fue de 27,55 meses (DT=77,93). Más prolongado aún fue el tiempo que tardaron en consultar con un profesional sanitario, con un tiempo medio de 47,18 meses (DT=82,13). Mientras que el período de reconocimiento no se asoció ni con el período de revelación ($r=,072$; $p=,755$) y ni el de solicitud de tratamiento ($r=,235$; $p=,306$), el tiempo de revelación y

de consulta sí mostraron entre sí una correlación estadísticamente significativa y elevada ($r=,894$; $p=,0001$), de forma que cuanto más tardaron en hablar del problema, más tardaron en solicitar ayuda profesional. La vivencia de los pacientes de un reconocimiento temprano no se relacionó ni con el tiempo transcurrido hasta hablar del problema ($r=,019$; $p=,933$) ni con el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento ($r=-,150$; $p=,516$).

En el momento de hablar con alguien del problema, los pacientes comentaron síntomas específicos de la agorafobia. El 38,1% hablaron por primera vez del problema con su familia y un 33,3% con la pareja. El motivo fundamental por el que revelaron el problema (en el 70% de los casos) fue buscar apoyo, comprensión o ayuda.

El profesional al que consultaron por primera vez el problema fue el médico de atención primaria (57,1%), seguido del servicio de urgencias (19%) y del psiquiatra (14,3%). Sólo un 9,5% recibió la primera ayuda profesional por parte del psicólogo clínico.

La mayoría (95,2%) reconocieron que hubiera sido conveniente consultar nada más reconocer el problema y el motivo principal fue poder evitar un empeoramiento.

3.6.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Respecto a los motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 11), los más señalados fueron: porque generaba interferencia, generaba ansiedad, porque no controlaban el problema. Llama la atención que un bajo porcentaje señalara que alguien le ayudó a reconocer el problema.

Los cambios que favorecieron el reconocimiento fueron la irritabilidad (41,7%) y la evitación de lugares o situaciones (33,3%).

La familia fue quién más ayudó a reconocer el problema (50%) seguido de los amigos (25%) y de profesionales de la salud mental (25%). En la mayoría de los casos dijeron al paciente que no era normal lo que hacía o que tenía un problema.

Resultados

Tabla 11. Porcentaje de pacientes con agorafobia que señalaron los motivos de reconocimiento

Interferencia	85,7%
Ansiedad o nerviosismo	71,4%
No lo podía controlar	66,7%
Frecuencia	61,9%
Observar cambios en el comportamiento	61,9%
Tristeza	52,4%
Alguien le dijo que no era normal	19,0%

En referencia a las relaciones entre los motivos facilitadores del reconocimiento (tabla 12), es importante destacar que el motivo que más influencia tiene es la interferencia generada por el trastorno ya que se relacionó con la mayoría de motivos. Destaca que el hecho de que los pacientes reconozcan el problema por la ansiedad y la interferencia que generan reduce la necesidad de que otras personas participen en dicho reconocimiento.

Tabla 12. Correlaciones entre los motivos de reconocimiento en pacientes con agorafobia

	Frecuencia	Ansiedad	Interferencia	Tristeza	Cambios en comportamiento	No control	Alguien se lo dijo
Frecuencia	1 <i>21</i>	,372 <i>21</i>	,520 [*] <i>21</i>	,234 <i>21</i>	,192 <i>21</i>	,277 <i>21</i>	-,369 <i>21</i>
Ansiedad		1 <i>21</i>	,344 <i>21</i>	,241 <i>21</i>	,372 <i>21</i>	,224 <i>21</i>	-,499 [*] <i>21</i>
Interferencia			1 <i>21</i>	,428 <i>21</i>	,520 [*] <i>21</i>	,577 ^{**} <i>21</i>	-,495 [*] <i>21</i>
Tristeza				1 <i>21</i>	,234 <i>21</i>	,337 <i>21</i>	-,023 <i>21</i>
Cambios en comportamiento					1 <i>21</i>	,485 [*] <i>21</i>	-,369 <i>21</i>
No control						1 <i>21</i>	-,171 <i>21</i>
Alguien se lo dijo							1 <i>21</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

3.6.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento (tabla 13), los más señalados fueron: pensar que el problema se pasaría y pensar que lo podían controlar. Aunque estos dos motivos destacan claramente sobre los demás, resulta muy importante la influencia del estigma personal y social.

Tabla 13. Porcentaje de pacientes con agorafobia que señalaron los motivos de demora del tratamiento

Pensaba que se pasaría	80,0%
Pensaba que lo podía controlar	73,3%
Vergüenza	40,0%
Poco importante	40,0%
Miedo a ser considerado loco o enfermo mental	26,7%
Desconfianza de la ayuda profesional	26,7%
No lo consideraba peligroso	26,7%
Miedo al rechazo	20,0%
No saber a quién contarlo	20,0%
Molestaba poco	13,3%
Lo tenía pocas veces	13,3%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	13,3%
No provocaba interferencia	13,3%
Miedo al tratamiento	13,3%
Sentirse culpable	6,7%
No tener a quién contarlo	6,7%
Pensaba que era algo común	6,7%
Proporcionaba sensaciones placenteras	0,0%

En las relaciones entre los diferentes motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de tratamiento (ver tabla 14), se confirmó la influencia del estigma personal y social, ya que la vergüenza, el miedo al rechazo y el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental fueron las que presentaron relaciones entre sí y con otros motivos.

Tabla 14. Correlaciones entre los motivos de demora en pacientes con agorafobia

	1 Vergüenza	2 Molesta poco	3 Culpable	4 Tenía pocas veces	5 Pensamiento- realidad	6 Poco importante	7 Loco	8 No interferencia	9 Control	10 Miedo tratamiento	11 Se pasaría	12 Miedo rechazo	13 Desconfianza profesionales	14 No tener a quién contarlo	15 No saber a quién contarlo	16 No peligroso	17 Común
1	1	-,320	-,218	-,320	,480	,167	,431	-,320	-,123	,080	,408	,612 [*]	,431	,327	-,068	,123	-,218
	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
2		1	-,105	-,154	-,154	,080	-,237	-,154	,237	-,154	-,294	-,196	-,237	-,105	-,196	,207	,681 ^{**}
		<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
3			1	-,105	-,105	-,218	-,161	-,105	,161	-,105	,134	-,134	-,161	-,071	-,134	-,161	-,071
			<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
4				1	-,154	,080	-,237	,423	,237	,423	,196	-,196	-,237	-,105	,294	,207	-,105
				<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
5					1	,080	,650 ^{**}	-,154	,237	,423	,196	,294	,207	-,105	,294	,207	-,105
					<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
6						1	,123	,080	-,123	,480	,068	,272	-,185	-,218	,272	,123	,327
						<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
7							1	-,237	,023	,207	-,075	,075	,318	-,161	,452	-,023	-,161
							<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
8								1	,237	,423	-,294	-,196	-,237	-,105	-,196	-,237	-,105
								<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
9									1	,237	,075	-,452	,364	-,443	-,075	,364	,161
									<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
10										1	,196	,294	-,237	-,105	,294	-,237	-,105
										<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
11											1	,250	,302	,134	-,167	,302	,134
											<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
12												1	-,302	,535 [*]	,167	-,302	-,134
												<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
13													1	-,161	-,302	,318	-,161
													<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
14														1	-,134	-,161	-,071
														<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
15															1	,075	-,134
															<i>15</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
16																1	,443
																<i>15</i>	<i>15</i>
17																	1
																	<i>15</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

3.6.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que favorecieron la consulta del problema con un profesional sanitario (tabla 15), destaca que existen muchos motivos señalados por la mayoría de la muestra, de entre los cuales sobresalen los siguientes: porque interfería con el funcionamiento cotidiano, porque no se pasaba, porque no lo controlaban, por miedo al problema, porque generaba ansiedad y porque dominaba sus vida. Llama la atención que, aunque en bastantes casos otras personas participaron en recomendar el tratamiento, no fue uno de los motivos que más influyera en los pacientes.

La recomendación de pedir ayuda profesional provino de familia (37,5%) y de la pareja (25%) y lo justificaron diciendo que el paciente estaba mal o tenía un problema (50%) o basándose en la experiencia propia en el tratamiento en salud mental (25%).

Tabla 15. Porcentaje de pacientes con agorafobia que señalaron los motivos de búsqueda de ayuda

Interferencia	95,2%
No se pasaba	95,2%
No lo controlaba	95,2%
Miedo	95,2%
Ansiedad o nerviosismo	90,5%
Dominaba su vida	90,5%
Incremento de la frecuencia	85,7%
Miedo a que aumentara o empeorara	81,0%
Tristeza	71,4%
Pensaba que la salud corría peligro	71,4%
Pensaba que era algo malo	52,4%
Miedo a volverse loco	47,6%
Se lo recomendó otra persona	38,1%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	9,5%
Ser o haberse vuelto mala persona	0,0%

En las relaciones entre los motivos que favorecieron la consulta con un profesional (ver tabla 16), se comprobó en peso importante que tienen la frecuencia del problema, la ansiedad y la interferencia que genera y la pérdida de control.

Tabla 16. Correlaciones entre los motivos de consulta en pacientes con agorafobia

	1 Frecuente	2 Ansiedad	3 Interferencia	4 Pensamiento- realidad	5 No se pasaba	6 Miedo volverse loco	7 No control	8 Tristeza	9 Salud peligro	10 Miedo aumentara	11 Recomendó otra persona	12 Algo malo	13 Miedo	14 Dominaba vida
1	1	,331	,548 [*]	,132	-,091	,389	,548 [*]	,043	,043	,149	,040	-,117	-,091	-,132
	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
2		1	-,073	,105	-,073	-,015	,689 ^{**}	,154	,154	,669 ^{**}	-,414	-,309	-,073	-,105
		<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
3			1	,073	-,050	,213	-,050	-,141	-,141	-,108	,175	-,213	-,050	-,073
			<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
4				1	,073	,015	,073	-,154	,205	,157	-,255	-,015	,073	-,447 [*]
				<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
5					1	-,235	-,050	,354	,354	-,108	,175	,235	-,050	-,073
					<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
6						1	,213	,181	-,030	,220	,037	,336	,213	,309
						<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
7							1	-,141	,354	,461 [*]	-,285	-,213	-,050	-,073
							<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
8								1	-,167	-,038	,062	,241	-,141	,513 [*]
								<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
9									1	,230	,062	,030	,354	-,205
									<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
10										1	-,369	-,220	,461 [*]	-,157
										<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
11											1	-,037	,175	,255
											<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
12												1	-,213	,015
												<i>21</i>	<i>21</i>	<i>21</i>
13													1	-,073
													<i>21</i>	<i>21</i>
14														1
														<i>21</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

3.6.5. Relación entre períodos temporales y los motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema, a la demora en la solicitud de ayuda profesional y a la consulta con un profesional

La vivencia del paciente de un reconocimiento temprano se asoció con reconocer el problema porque generaba interferencia ($r=,495$; $p=,022$) y con consultar con un profesional por no controlar el problema ($r=,461$; $p=,035$). Por el contrario, la vivencia de un reconocimiento tardío se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por sentirse culpable ($r=-,535$; $p=,040$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en reconocer su problema, reconocer el problema porque generaba interferencia se asoció con tardar menos tiempo en darse cuenta del problema ($r=-,459$; $p=,036$). Así mismo, consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,447$; $p=,042$), porque producía ansiedad ($r=-,588$; $p=,005$) y porque no se controlaba ($r=-,886$; $p=,0001$) se asoció con tardar menos tiempo en el reconocimiento.

Por otra parte, respecto al período de revelación, los pacientes que más tardaron en hablar de su problema con otras personas presentaron una demora en solicitar tratamiento por miedo al rechazo ($r=,687$; $p=,005$) y por no tener a quién contarle ($r=,908$; $p=,0001$). Además, aquellos que consultaron porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,539$; $p=,012$) y porque generaba interferencia ($r=-,907$; $p=,0001$) tardaron menos tiempo en hablar de su problema.

Respecto al tiempo de consulta, aquellos que emplearon más tiempo en solicitar ayuda profesional fueron los que demoraron la consulta por miedo al rechazo ($r=,537$; $p=,039$) y por no tener a quién contarle ($r=,820$; $p=,0001$). Los que menos tiempo emplearon en buscar tratamiento fueron aquellos que consultaron porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,554$; $p=,009$) y porque generaba interferencia ($r=-,806$; $p=,0001$).

4. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno depresivo mayor

4.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el proceso de búsqueda de ayuda

A continuación, se describe la relación de cada una de las variables sociodemográficas con el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, en hablar por primera vez sobre él y en solicitar ayuda profesional y la relación con los tres bloques de variables motivaciones.

La edad de los pacientes en el momento del estudio no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, tener menor edad se asoció con un reconocimiento por percibir el problema como algo frecuente ($r=-,489$; $p=,039$) y porque alguien contribuyó a ese reconocimiento (“alguien se lo dijo”) ($r=,510$; $p=,031$).

El género tampoco se asoció ninguno de los tres períodos temporales. No obstante, el ser hombre se asoció con demorar la ayuda profesional por no considerar peligroso el trastorno ($r=-,592$; $p=,016$), mientras que el ser mujer se relacionó con consultar por percibir que el problema se hacía más frecuente ($r=,561$; $p=,016$), porque presencia de ansiedad ($r=,561$; $p=,016$) y porque el trastorno no se pasaba ($r=,561$; $p=,016$).

No se obtuvieron diferencias en ninguno de los tres períodos temporales en función del estado civil. Sin embargo, los casados o con pareja estable fueron los que más señalaron haber reconocido el problema por generar interferencia ($\chi^2_{(2)}=6,037$; $p=,049$), y los que menos indicaron que el problema molestaba poco ($\chi^2_{(2)}=16,000$; $p=,0001$) y el temor a la etiqueta de loco o enfermo mental ($\chi^2_{(2)}=9,905$; $p=,007$) como motivos para demorar la búsqueda de tratamiento. Por otra parte, los solteros y los casados o con pareja estable señalaron, menos que los divorciados, el miedo al rechazo como motivo para demorar la ayuda profesional ($\chi^2_{(2)}=16,000$; $p=,0001$).

El apoyo familiar fue una constante, ya que todos los pacientes afirmaron tenerlo, por lo que no se incluyó en los análisis correlacionales. El apoyo social no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, la presencia de apoyo social se asoció con demorar por pensar el paciente que podía controlar el problema ($r=,683$; $p=,004$) y con buscar tratamiento porque se lo recomendó otra persona ($r=,561$; $p=,016$).

El nivel socioeconómico no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel socioeconómico se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por pensar que el problema se pasaría ($r=-,510$; $p=,044$) y con consultar con un profesional por pensar que era algo malo ($r=-,625$; $p=,006$).

El nivel de estudios tampoco se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel académico se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por vergüenza ($r=,510$; $p=,044$).

En conclusión, ninguna variable influyó en el **tiempo** que los pacientes tardaron en reconocer el problema, en hablar de él ni en solicitar tratamiento.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los pacientes de menor edad destacaron la importancia de la frecuencia del trastorno y la influencia de otras personas, y los casados o con pareja estable señalaron la interferencia que generaba el trastorno.

En relación a los **motivos que retrasaron la solicitud de tratamiento**, los hombres no consideraron el problema peligroso, los que tenían apoyo social pensaban que lo podían controlar, los que tenían bajo nivel socioeconómico pensaban que se pasaría y los que tenían mayor nivel de estudios sentían vergüenza. Por otra parte, tanto los casados o con pareja estable como los solteros no destacaron la influencia del estigma en la demora de la solicitud de tratamiento.

Respecto a los **motivos que contribuyeron a buscar ayuda profesional**, las mujeres señalaron la importancia de que el trastorno persistía y generaba ansiedad, los que tenían apoyo social recibieron recomendación de otra persona y los de menor nivel socioeconómico pensaron que el trastorno era algo malo.

4.2. Relación entre las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se describe la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y la gravedad del TDM, la edad a la que se inició el trastorno, el tiempo de evolución del TDM, la presencia de comorbilidad con otro trastorno mental y con enfermedades médicas y el número de experiencias vitales.

La gravedad del TDM (puntuación total en BDI-II) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel de depresión se asoció con reconocer el problema por ser frecuente ($r=-,596$; $p=,009$). Por el contrario, un mayor nivel de depresión se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por considerar que el problema molestaba poco ($r=,725$; $p=,001$) y por miedo al rechazo ($r=,725$; $p=,001$), y con consultar con un profesional por pensar que el problema era algo malo ($r=,493$; $p=,037$).

Por otra parte, se analizó la relación entre los ítems del BDI-II y el proceso de búsqueda de ayuda. Los resultados obtenidos de este análisis, hay que tomarlos con cautela ya que implican establecer asociaciones entre pares de ítems, lo cual es estadísticamente cuestionable. Sin embargo, dada la relevancia clínica y los datos existentes en la literatura que destacan la influencia de determinados síntomas en la solicitud de tratamiento, se ha considerado importante realizar ese análisis y describir los resultados más interesantes. En primer lugar, ninguno de los síntomas se relacionó ni con el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, ni con el que tardaron en hablar de él, ni con el tiempo transcurrido hasta solicitar tratamiento. Un mayor sentimiento de culpa se relacionó con señalar menos la interferencia ($r=-,511$; $p=,036$) y la participación de otras personas ($r=-,528$; $p=,029$) como motivos de reconocimiento, y con demorar la consulta con un profesional por sentirse culpable ($r=,645$; $p=,009$). Así mismo, la pérdida de placer se relacionó con un reconocimiento menos influido por otras personas ($r=-,499$; $p=,041$), mientras que la pérdida de interés se asoció con menor recomendación por parte de otras personas de solicitar tratamiento ($r=-,535$; $p=,027$). La autocrítica se relacionó con consultar con un profesional por pensar que era o se había vuelto mala persona ($r=,535$; $p=,027$). El cambio en el sueño se asoció con solicitar tratamiento por miedo al problema ($r=,569$; $p=,017$), mientras que el cambio en el apetito se relacionó con solicitar tratamiento por pensar que el trastorno era algo malo ($r=,502$; $p=,040$). La demora por miedo al rechazo se asoció con una mayor presencia de llanto ($r=,600$; $p=,018$), de cansancio ($r=,698$; $p=,004$), de cambios en el sueño ($r=,579$; $p=,024$) y de irritabilidad ($r=,647$; $p=,009$). Destaca que las ideas de suicidio no presentaron relaciones estadísticamente significativas con ningún motivo que contribuyera al reconocimiento del problema, a demorar la solicitud de tratamiento o a consultar con un profesional.

La edad de inicio del trastorno no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, los pacientes que presentaron un inicio más temprano

reconocieron el problema por percibirlo como frecuente ($r=-,535$; $p=,022$) y porque otras personas contribuyeron al reconocimiento (“alguien se lo dijo”) ($r=-,535$; $p=,022$).

Por otra parte, un mayor tiempo de evolución se asoció con tardar más tiempo en reconocer el problema ($r=,560$; $p=,016$), en hablar de él ($r=,606$; $p=,008$) y en solicitar tratamiento ($r=,684$; $p=,002$). Además, un mayor tiempo de evolución se relacionó con demorar la consulta con un profesional por no percibir que el problema interfería ($r=,521$; $p=,039$) y por no considerarlo peligroso ($r=,512$; $p=,043$). Sin embargo, un menor tiempo de evolución se asoció con demorar la consulta por pensar los pacientes que podían controlar el problema ($r=-,553$; $p=,026$).

Los pacientes que presentaron comorbilidad con otro trastorno mental tardaron más tiempo en reconocer el problema ($r=,673$; $p=,002$), en hablar de él ($r=,648$; $p=,004$) y en consultar con un profesional ($r=,620$; $p=,006$). Además, la presencia de esa comorbilidad se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por vergüenza ($r=,488$; $p=,055$).

El número de experiencias vitales no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, aquellos pacientes con menos experiencias vitales reconocieron el problema, de forma casi significativa, porque alguien se lo dijo ($r=-,456$; $p=,057$) y demoraron la búsqueda de tratamiento por pensar que el problema se pasaría ($r=-,507$; $p=,045$), mientras que aquellos con más experiencias vitales tardaron en consultar con un profesional por no saber a quién contarle ($r=,516$; $p=,041$).

En síntesis, el tiempo de evolución del trastorno y la comorbilidad con otro trastorno mental fueron las únicas variables clínicas que influyeron en los **períodos temporales** del proceso de búsqueda de ayuda profesional, de forma que los pacientes con un TDM de larga evolución y con comorbilidad con otro trastorno mental tardaron más tiempo en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento.

Respecto a los **motivos que facilitaron el reconocimiento del problema**, los pacientes con un trastorno depresivo menos grave y con un inicio más temprano señalaron que el problema era frecuente. Además, los pacientes con menos sentimientos de culpa señalaron la importancia de la interferencia asociada al trastorno. Por otra parte, la participación de otras personas en el reconocimiento del problema fue menor en pacientes con elevada pérdida de placer, con elevados

sentimientos de culpa, con un inicio del trastorno más tardío y con mayor número de experiencias vitales, lo cual puede indicar que la presencia de estas variables fueron suficientemente significativas para los pacientes como para que ellos reconocieran el problema por sí solos.

En referencia a los **motivos que retrasaron la solicitud de ayuda profesional**, se encontró una influencia de las variables clínicas sobre los motivos relacionados con el estigma social, de hecho los pacientes con un TDM más grave señalaron el miedo al rechazo. Este miedo también fue destacado por los pacientes con mayor presencia de llanto, cansancio, cambios en el sueño e irritabilidad. Además, los pacientes con más sentimientos de culpa destacaron este sentimiento como motivo para retrasar la solicitud de tratamiento, mientras que los pacientes con comorbilidad con otros trastornos mentales destacaron los sentimientos de vergüenza. Por otra parte, los motivos relacionados con la ausencia de interferencia (i.e. molestaba poco) o con la minimización del problema (i.e. no considerarlo peligroso, pensar que se pasaría) fueron señalados en mayor medida por los pacientes con un TDM más grave y de más evolución y con menos experiencias vitales, mientras que los pacientes con un TDM de menor evolución indicaron la vivencia de poder controlar el problema.

Respecto a los **motivos que facilitaron la consulta con un profesional**, los pacientes con un TDM más grave y con cambios en el apetito y en el sueño señalaron en mayor medida el miedo al problema o el considerarlo algo malo. Además, los pacientes con más autocrítica señalaron en mayor medida un motivo relacionado con el estigma personal (i.e. pensar que eran o se habían vuelto malas personas), mientras que los pacientes con mayor pérdida de interés necesitaron en menor medida la recomendación por parte de las personas de su entorno.

4.3. Relación entre las medidas de cuestionarios auto-informados y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se detalla la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y el nivel de deterioro en la calidad de vida y el grado de presencia de sintomatología de ansiedad.

La calidad de vida (puntuación total en GHQ-28) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, una peor calidad de vida se relacionó con

consultar por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,504$; $p=,033$). Respecto a las subescalas de calidad de vida, ninguna se asoció ni con el período de reconocimiento, ni de revelación, ni de solicitud de consulta con un profesional. La presencia de más síntomas somáticos se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por pensar los pacientes que podía controlar el trastorno ($r=,681$; $p=,004$). Una menor presencia de ansiedad-insomnio se asoció con consultar por creer que los pensamientos se podían hacer realidad ($r=-,549$; $p=,018$), mientras que mayor ansiedad-insomnio se relacionó, de forma casi significativa, con consultar porque el problema no se pasaba ($r=,457$; $p=,056$). Una mayor afectación en disfunción social se asoció con reconocer el problema porque generaba interferencia ($r=,488$; $p=,040$) y con demorar la ayuda profesional por no considerar el problema peligroso ($r=,597$; $p=,015$), mientras que una menor disfunción social se asoció con consultar por incremento de la frecuencia ($r=-,477$; $p=,045$). Finalmente, una mayor presencia de depresión se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por pensar que el problema se pasaría ($r=,548$; $p=,028$) y por no considerarlo peligroso ($r=,532$; $p=,034$), y con consultar por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,508$; $p=,031$), sin embargo, menor nivel de depresión se relacionó con consultar porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,508$; $p=,031$)

El nivel de *worry* (puntuación en PSWQ) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de *worry* se asoció con reconocer el problema porque generaba ansiedad ($r=,618$; $p=,006$) y con consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=,512$; $p=,030$), porque producía ansiedad ($r=,692$; $p=,001$), porque no se pasaba ($r=,474$; $p=,047$), porque no se podía controlar ($r=,651$; $p=,003$), porque generaba tristeza ($r=,664$; $p=,003$) y por miedo a que aumentara o empeorara ($r=,501$; $p=,034$).

Con todo ello, se puede concluir que ninguna variable influyó en el **tiempo** que se prolongaron los períodos de reconocimiento, de revelación, ni de solicitud de tratamiento.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los pacientes con más afectación de la calidad de vida en el área social destacaron la interferencia que generaba el problema, mientras que los pacientes con más nivel de preocupación rumiativa señalaron la importancia de la ansiedad secundaria al trastorno.

En referencia a los **motivos que retrasaron la consulta con un profesional**, los pacientes con más deterioro de la calidad de vida en el área somática destacaron que pensaban que podían controlar el problema, mientras que aquellos con más deterioro en el área social y anímica señalaron motivos relacionados con minimizar la importancia del trastorno.

Respecto a los **motivos que facilitaron la consulta con un profesional**, los pacientes con peor calidad de vida en general, y en concreto con más deterioro en el área anímica, destacaron el pensar que eran o se habían vuelto malas personas. Los pacientes con más deterioro de la calidad de vida en el área de ansiedad e insomnio y con menos deterioro en el área social y anímica señalaron la frecuencia del problema y su no desaparición. Por otra parte, los pacientes con elevado nivel de preocupación rumiativa señalaron una amplia variedad de motivos relacionados con la elevada presencia del trastorno y el miedo a que fuera a más, con la vivencia de falta de control y con la repercusión negativa a nivel emocional.

4.4. Predictores de la búsqueda de ayuda

Al igual que en los grupos clínicos anteriores, las variables del proceso de búsqueda que se escogieron para ser predichas fueron el tiempo de reconocimiento, el tiempo de revelación y el tiempo de consulta. Como variables predictoras se introdujeron las variables sociodemográficas y clínicas continuas que presentaron bien una correlación estadísticamente significativa o bien un valor de correlación próximo a la significación.

El tiempo de reconocimiento fue predicho por los años de evolución y por la presencia de llanto (medido por un ítem del BDI-II) (tabla 17). Ambas variables explicaron un 51,4% de la varianza, aunque un mayor porcentaje explicativo recayó en los años de evolución (31,4%) frente a la presencia de llanto (19,9%). Ambas variables resultaron significativas y también lo fue el modelo predictivo compuesto por ambas ($F_{(2,14)}=7,398$; $p=,006$).

El tiempo de revelación fue predicho, igual que el tiempo de reconocimiento, por los años de evolución y por la presencia de llanto. Nuevamente el mayor porcentaje predictivo recayó en los años de evolución (36,9%) frente a porcentaje explicado por la presencia de llanto (20,8%). Ambas variables resultaron significativas.

Así mismo, el modelo predictivo compuesto por ambas variables también resultó significativo ($F_{(2,14)}=9,545$; $p=,002$).

El tiempo de consulta fue predicho, al igual que en los dos períodos temporales anteriores, por los años de evolución y por la presencia de llanto. En este caso, el porcentaje de varianza explicado por ambas variables (73%) fue superior al de los otros períodos temporales. Igualmente, la mayor capacidad predictiva provino de los años de evolución (48%). Ambas variables predictivas fueron significativas y el modelo predictivos compuesto por ellas también lo fue ($F_{(2,14)}=18,909$; $p=,0001$).

Tabla 17. Análisis de regresión en el grupo TDM

V. dependientes	V. predictoras	Cambio en R2	Beta	t	Sig
Reconocimiento	Años evolución	,314	,606	3,234	,006
	BDI Llanto	,199	-,449	-2,397	,031
Revelación	Años evolución	,369	,653	3,739	,002
	BDI Llanto	,208	-,458	-2,624	,020
Consulta	Años evolución	,480	,743	5,324	,000
	BDI Llanto	,250	-,502	-3,597	,003

4.5. Análisis interno del proceso de búsqueda de ayuda

4.5.1. Períodos temporales

El 44,4% de los pacientes con TDM afirmó haber reconocido el problema de manera temprana. El tiempo medio que tardaron en reconocer el problema fue de 4,56 meses (DT=13,22). Muy próximo al tiempo de reconocimiento, se situó el tiempo de revelación, de forma que el tiempo medio que tardaron en hablar por primera vez con alguien del trastorno fue de 5,83 meses (DT=13,29). Algo más tardío fue el tiempo medio que tardaron en consultar el problema con un profesional sanitario, situándose en 8 meses (DT=13,50). Los tres períodos temporales presentaron entre sí correlaciones muy altas y significativas, de forma que cuanto más tiempo tardaron los pacientes en reconocer el problema, más tiempo tardaron en hablar de él ($r=,986$; $p=,0001$) y más tiempo tardaron en solicitar consulta con un profesional ($r=,938$; $p=,0001$). Además, los pacientes que tardaron más tiempo en revelar el problema

tardaron más tiempo en solicitar tratamiento ($r=,963$; $p=,0001$). Sin embargo, la vivencia de un reconocimiento temprano no se asoció ni con el tiempo transcurrido hasta reconocer el problema ($r=-,307$; $p=,222$), ni con el transcurrido hasta hablar de él ($r=-,265$; $p=,287$), ni con el que tardaron los pacientes en consultar con un profesional ($r=-,290$; $p=,244$).

En el momento de hablar con alguien del problema, los pacientes comentaron síntomas específicos de la depresión (p.e. no tener ganas de nada, no valer para nada, encontrarse triste, tener ganas de llorar). El 27,8% hablaron por primera vez del problema con su pareja, mientras que un 16,7% lo hizo con la familia, otro 16,7% con amigos y un 16,7% adicional con un profesional sanitario no perteneciente al recurso de salud mental. Los motivos fundamentales por los que revelaron el problema fueron buscar apoyo, comprensión o ayuda (55,6%) y el hecho de que las personas del entorno insistieran en hablar de ello o comprobaran la presencia de síntomas (22,2%).

El profesional al que consultaron por primera vez el problema fue el médico de atención primaria (72,2%), seguido del servicio de urgencias (22,2%). El psiquiatra fue mencionado como el primer profesional por un 5,6% de los pacientes, mientras que el psicólogo clínico no fue indicado en ningún caso.

La mayoría (88,9%) reconocieron que hubiera sido conveniente consultar nada más reconocer el problema y señalaron como argumento principal poder evitar un empeoramiento.

4.5.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Respecto a los motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 18), los más señalados fueron: porque generaba ansiedad, porque provocaba tristeza, porque los pacientes observaron cambios en el comportamiento y porque no controlaban el problema. Sin embargo, cabe destacar que todos los motivos fueron señalados por la mayoría de los pacientes.

Los cambios que favorecieron el reconocimiento fueron síntomas depresivos como la tristeza, la apatía, la desmotivación, el desinterés y los sentimientos de inutilidad (50%). Un 25% de los casos destacaron la irritabilidad y un 12,5% el aislamiento social.

Las principales personas que favorecieron el reconocimiento fueron la pareja (36,4%), seguido de la familia (18,2%), los amigos (18,2%) y los compañeros de trabajo (18,2%). En la mayoría de los casos dijeron al paciente que lo veían mal (45,5%) y que no era normal lo que hacía, que tenía un problema (36,4%).

Tabla 18. Porcentaje de pacientes con TDM que señalaron los motivos de reconocimiento

Ansiedad o nerviosismo	94,4%
Tristeza	88,9%
Observar cambios en el comportamiento	88,9%
No lo podía controlar	83,3%
Interferencia	72,2%
Frecuencia	61,1%
Alguien le dijo que no era normal	61,1%

Respecto a las relaciones entre los motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 19), apenas se encontraron interrelaciones, de forma que únicamente el reconocimiento por observar cambios en el comportamiento se asoció con el reconocimiento por interferencia y por no controlar el trastorno.

Resultados

Tabla 19. Correlaciones entre los motivos de reconocimiento en pacientes con TDM

	Frecuencia	Ansiedad	Interferencia	Tristeza	Cambios en comportamiento	No control	Alguien se lo dijo
Frecuencia	1 <i>18</i>	-,193 <i>18</i>	,269 <i>18</i>	-,282 <i>18</i>	,081 <i>18</i>	-,051 <i>18</i>	,299 <i>18</i>
Ansiedad		1 <i>18</i>	-,150 <i>18</i>	-,086 <i>18</i>	-,086 <i>18</i>	-,108 <i>18</i>	,304 <i>18</i>
Interferencia			1 <i>18</i>	,175 <i>18</i>	,570 [*] <i>18</i>	,388 <i>18</i>	,269 <i>18</i>
Tristeza				1 <i>18</i>	-,125 <i>18</i>	-,158 <i>18</i>	-,282 <i>18</i>
Cambios en comportamiento					1 <i>18</i>	,791 ^{**} <i>18</i>	,081 <i>18</i>
No control						1 <i>18</i>	,255 <i>18</i>
Alguien se lo dijo							1 <i>18</i>

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

4.5.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento (tabla 20), los más señalados fueron: pensar que se podía controlar el problema y pensar que se pasaría. Además, los motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e. sentimientos de culpa y vergüenza y miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental) y con minimizar el trastorno (i.e. considerarlo poco importante y no considerarlo peligroso) también jugaron un papel muy importante.

Tabla 20. Porcentaje de pacientes con TDM que señalaron los motivos de demora del tratamiento

Pensaba que lo podía controlar	93,8%
Pensaba que se pasaría	87,5%
Poco importante	56,3%
Sentirse culpable	43,8%
Vergüenza	37,5%
No considerarlo peligroso	37,5%
Miedo al tratamiento	31,3%
No saber a quién contarlo	25,0%
Pensaba que era algo común	25,0%
Miedo a ser considerado loco o enfermo mental	18,8%
No provocaba interferencia	18,8%
Desconfianza de la ayuda profesional	18,8%
No tener a quién contarlo	18,8%
Lo tenía pocas veces	12,5%
Molestaba poco	6,3%
Miedo al rechazo	6,3%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	0,0%
Proporcionaba sensaciones placenteras	0,0%

En referencia a la relación entre los motivos para demorar la ayuda profesional (ver tabla 21), es importante destacar la relación entre motivos vinculados al estigma social (i.e. miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental y miedo al rechazo) y motivos asociados a restar importancia al problema (i.e. considerar que molesta poco, que no interfiere, que no es peligroso). Esto indica que la minimización del trastorno permite no ver la necesidad de solicitar tratamiento y por tanto no enfrentar al posible rechazo social.

Tabla 21. Correlaciones entre los motivos de demora en pacientes con TDM

	1 Vergüenza	2 Molesta poco	3 Culpable	4 Tenía pocas veces	5 Poco importante	6 Loco	7 No interferencia	8 Control	9 Miedo tratamiento	10 Se pasaría	11 Miedo rechazo	12 Desconfianza Profesionales	13 No tener a quién contarle	14 No saber a quién contarle	15 No peligroso	16 Común
1	1	-,200	,098	-,293	-,358	,289	-,372	,200	,313	-,488	-,200	-,041	,289	,149	-,067	,149
	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
2		1	,293	-,098	,228	<i>,537*</i>	<i>,537*</i>	,067	-,174	,098	1,000**	-,124	-,124	-,149	,333	,447
		<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
3			1	-,333	,270	-,101	,222	-,293	-,051	-,429	,293	-,101	-,101	,073	,358	,655**
			<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
4				1	,333	-,182	,303	,098	-,255	,143	-,098	,303	,303	,218	-,293	-,218
				<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
5					1	,101	,424	-,228	-,221	,048	,228	,101	,101	,218	,423	-,073
					<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
6						1	,179	,124	-,324	,182	<i>,537*</i>	,179	-,231	-,277	,620*	,092
						<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
7							1	-,537*	-,324	,182	<i>,537*</i>	-,231	-,231	-,277	,289	,092
							<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
8								1	,174	-,098	,067	,124	,124	,149	-,333	,149
								<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
9									1	-,561*	-,174	-,324	,367	,234	-,522*	-,078
									<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
10										1	,098	,182	-,303	-,218	,293	-,218
										<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
11											1	-,124	-,124	-,149	,333	,447
											<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
12												1	,179	,092	,289	-,277
												<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
13													1	,832**	-,372	-,277
													<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
14														1	-,149	0,000
														<i>16</i>	<i>16</i>	<i>16</i>
15															1	,149
															<i>16</i>	<i>16</i>
16																1
																<i>16</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

4.5.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que favorecieron la consulta del problema con un profesional sanitario (tabla 22), los más señalados fueron: porque se hizo más frecuente, porque generaba ansiedad, porque no se pasaba, porque interfería en el funcionamiento cotidiano, porque no se podía controlar, por miedo a que aumentara o empeorara, porque provocaba tristeza y porque dominaba la vida de los pacientes. Destaca que un amplio porcentaje de pacientes indicó haber recibido la recomendación de una persona cercana.

La recomendación de pedir ayuda profesional provino de la pareja (27,3%), de la familia (27,3%) y de un profesional sanitario no perteneciente al recurso de salud mental (18,2%). Los argumentos empleados fueron que el paciente estaba mal o tenía un problema (63,6%), y la importancia de pedir ayuda, solucionarlo o mejorar (36,4%).

Tabla 22. Porcentaje de pacientes con TDM que señalaron los motivos de búsqueda de ayuda

Incremento de la frecuencia	83,3%
Ansiedad o nerviosismo	83,3%
No se pasaba	83,3%
Interferencia	77,8%
No lo controlaba	77,8%
Miedo a que aumentara o empeorara	77,8%
Tristeza	72,2%
Dominaba su vida	72,2%
Se lo recomendó otra persona	61,1%
Miedo	50,0%
Pensaba que la salud corría peligro	44,4%
Miedo a volverse loco	16,7%
Ser o haberse vuelto mala persona	16,7%
Pensaba que era algo malo	16,7%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	11,1%

Respecto a la relación entre los motivos que facilitaron la consulta con un profesional (ver tabla 23), se puede destacar que los motivos interrelacionados hacían referencia a la elevada frecuencia del trastorno, la ansiedad que provoca y la pérdida de control.

Tabla 23. Correlaciones entre los motivos de consulta en pacientes con TDM

	1 Frecuente	2 Ansiedad	3 Interferencia	4 Pensamiento- realidad	5 No se pasaba	6 Miedo volverse loco	7 No control	8 Mala persona	9 Tristeza	10 Salud peligro	11 Miedo aumentara	12 Recomendó otra persona	13 Algo malo	14 Miedo	15 Dominaba vida
1	1 <i>18</i>	,600** <i>18</i>	,478* <i>18</i>	,158 <i>18</i>	,600** <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,478* <i>18</i>	-,200 <i>18</i>	,388 <i>18</i>	,400 <i>18</i>	,478* <i>18</i>	-,051 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,447 <i>18</i>	,388 <i>18</i>
2		1 <i>18</i>	,478* <i>18</i>	,158 <i>18</i>	,600** <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,837** <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,721** <i>18</i>	,100 <i>18</i>	,478* <i>18</i>	,255 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,149 <i>18</i>	,388 <i>18</i>
3			1 <i>18</i>	-,236 <i>18</i>	,837** <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,357 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,265 <i>18</i>	-,060 <i>18</i>	,679** <i>18</i>	,396 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,267 <i>18</i>	,862** <i>18</i>
4				1 <i>18</i>	-,316 <i>18</i>	,316 <i>18</i>	,189 <i>18</i>	-,158 <i>18</i>	,219 <i>18</i>	,040 <i>18</i>	-,236 <i>18</i>	-,081 <i>18</i>	-,158 <i>18</i>	,000 <i>18</i>	-,175 <i>18</i>
5					1 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,478* <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,388 <i>18</i>	,100 <i>18</i>	,837** <i>18</i>	,255 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,149 <i>18</i>	,721** <i>18</i>
6						1 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	-,200 <i>18</i>	,277 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,357 <i>18</i>	,600** <i>18</i>	,149 <i>18</i>	,277 <i>18</i>
7							1 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,564* <i>18</i>	,209 <i>18</i>	,357 <i>18</i>	,122 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,000 <i>18</i>	,564* <i>18</i>
8								1 <i>18</i>	,277 <i>18</i>	-,400 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,051 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	-,149 <i>18</i>	,277 <i>18</i>
9									1 <i>18</i>	,055 <i>18</i>	,265 <i>18</i>	,014 <i>18</i>	,277 <i>18</i>	-,124 <i>18</i>	,169 <i>18</i>
10										1 <i>18</i>	-,060 <i>18</i>	,025 <i>18</i>	,200 <i>18</i>	,224 <i>18</i>	,055 <i>18</i>
11											1 <i>18</i>	,122 <i>18</i>	,239 <i>18</i>	,267 <i>18</i>	,564* <i>18</i>
12												1 <i>18</i>	,051 <i>18</i>	,114 <i>18</i>	,269 <i>18</i>
13													1 <i>18</i>	,149 <i>18</i>	,277 <i>18</i>
14														1 <i>18</i>	,124 <i>18</i>
15															1 <i>18</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

4.5.5. Relación entre los períodos temporales y los motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema, a la demora en la solicitud de ayuda profesional y a la consulta con un profesional

La vivencia de un reconocimiento temprano se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por no tener a quién contarle ($r=,545$; $p=,029$), por miedo al tratamiento ($r=,493$; $p=,053$), y con consulta porque el problema generaba tristeza ($r=,555$; $p=,017$); sin embargo, la vivencia de un reconocimiento tardío se asoció con demorar la consulta con un profesional por considerar el problema algo común ($r=-,509$; $p=,044$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, los pacientes que más tardaron demoraron la solicitud de ayuda profesional por temor a que los demás pensarán que estaban locos o que eran un enfermo mental ($r=,542$; $p=,030$) y consultaron por considerar que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,503$; $p=,033$). Por otra parte, aquellos que más consultaron porque el problema se hizo más frecuente presentaron menor tiempo de reconocimiento ($r=-,595$; $p=,009$). Además, la demora en consultar por desconfianza de la ayuda profesional se relacionó con tardar más tiempo en reconocer el problema ($r=,494$; $p=,052$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en hablar del problema, los pacientes que tardaron más tiempo en hacerlo también tardaron en consultar con un profesional por temor a la etiqueta de loco o enfermo mental ($r=,514$; $p=,042$) y por desconfianza de la ayuda profesional ($r=,549$; $p=,028$), y consultaron por considerar que eran o se habían vuelto malas personas. Por otra parte, aquellos que menos tiempo tardaron en hablar de su problema consultaron en mayor medida porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,571$; $p=,013$).

Con relación al tiempo que los pacientes tardaron en consultar con un profesional, los pacientes que consultaron su problema porque éste se hizo más frecuente tardaron menos tiempo en hacerlo ($r=-,477$; $p=,045$) y aquellos que consultaron porque pensaban que eran o se habían vuelto una mala persona tardaron más tiempo en hacerlo ($r=,488$; $p=,040$).

5. Perfil de búsqueda de ayuda en los Trastornos de la conducta alimentaria

5.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se describe la relación de cada una de las variables sociodemográficas con el tiempo que el paciente tarda en reconocer el problema, en hablar por primera vez sobre él y en solicitar ayuda profesional y la relación con los tres bloques de variables motivaciones.

Respecto a la edad de las pacientes en el momento del estudio, las pacientes de más edad tardaron más tiempo en reconocer el problema ($r=,706$; $p=,0001$), más tiempo en hablar por primera vez de él ($r=,811$; $p=,0001$) y más tiempo en solicitar ayuda profesional ($r=,782$; $p=,0001$). Además, las de más edad demoraron la búsqueda de tratamiento por pensar que el problema se pasaría ($r=,426$; $p=,038$) y por miedo al rechazo ($r=,430$; $p=,036$). Por el contrario, rozando la significación estadística, las pacientes de menor edad señalaron en mayor medida que el problema era frecuente como motivo de consulta ($r=-,392$; $p=,058$).

El género fue una constante porque el grupo clínico estuvo compuesto exclusivamente por mujeres, por lo que esta variable no se incluyó en los análisis de correlación.

El estado civil se asoció de manera significativa con el período de reconocimiento ($F_{(1,22)}=12,495$; $p=,002$; $\eta_p^2=,362$), de revelación ($F_{(1,22)}=15,470$; $p=,001$; $\eta_p^2=,413$) y de búsqueda de ayuda profesional ($F_{(1,22)}=11,037$; $p=,003$; $\eta_p^2=,334$), de forma que las pacientes casadas o con pareja estable tardaron más tiempo que las solteras en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento. Además, se obtuvieron diferencias en reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($\chi^2_{(1)}=4,126$; $p=,042$) y en consultar por incremento de la frecuencia ($\chi^2_{(1)}=3,818$; $p=,051$), de manera que las solteras señalaron estos motivos más que las casadas o con pareja estable.

Al igual que la variable género, el apoyo familiar fue una constante porque todas las pacientes afirmaron tenerlo, de forma que tampoco no se incluyó en los análisis de correlación. Por otra parte, la ausencia de apoyo social se relacionó con

tardar más tiempo en buscar ayuda profesional ($r=-,467$; $p=,022$) y con demorar esa búsqueda por vergüenza ($r=-,426$; $p=,038$).

El nivel socioeconómico no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel socioeconómico se asoció con demorar la consulta con un profesional por miedo a la etiqueta de loco ($r=-,496$; $p=,014$), y con consultar por miedo a volverse loco ($r=-,511$; $p=,011$) y, rozando la significación, por miedo a que el problema aumentara o empeorara ($r=-,396$; $p=,055$).

Finalmente, el nivel de estudios tampoco se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel académico se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por desconfiar de la ayuda profesional ($r=-,627$; $p=,001$).

A modo de conclusión, cabe señalar que la edad, el estado civil y el apoyo social fueron las variables sociodemográficas que se asociaron con los **períodos temporales** del proceso de búsqueda de ayuda. De esta manera, las pacientes de más edad y las casadas o con pareja estable fueron las que más tardaron en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento. Además, aquellas con falta de apoyo social también tardaron más tiempo en solicitar ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que facilitaron el reconocimiento**, las pacientes solteras destacaron la importancia de observar cambios en el comportamiento.

En relación a los **motivos que dificultaron la consulta con un profesional**, el peso recayó sobre motivos relacionados con el estigma social, los cuales fueron destacados por las pacientes que no tenían apoyo social y por las que tenían menor nivel socioeconómico. Además, las pacientes con bajo nivel académico señalaron la desconfianza de la ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que facilitaron la petición de tratamiento**, las pacientes más jóvenes y las solteras destacaron que el problema era frecuente, mientras que las que tenían un bajo nivel socioeconómico presentaron miedo al volverse locas y a que el problema aumentara o empeorara.

5.2. Relación entre las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda

A continuación, se describe la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y la gravedad del TCA (nivel de IMC, puntuación total en BITE y subescalas de EDI-II), la edad a la que se inició el trastorno, el tiempo de evolución del TCA, la presencia de comorbilidad con otro trastorno mental y con enfermedades médicas y el número de experiencias vitales.

Un IMC más alto se asoció con tardar más tiempo en reconocer el problema ($r=,555$; $p=,005$), en hablar de él ($r=,656$; $p=,001$) y en solicitar ayuda profesional ($r=,712$; $p=,0001$). Además, un mayor IMC se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,417$; $p=,043$), y con consultar con un profesional por miedo a volverse loco ($r=,435$; $p=,033$). Por el contrario, un menor IMC se relacionó con consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,429$; $p=,036$) y por miedo a lo que le pasaba ($r=-,453$; $p=,026$), y, casi significativamente, con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=-,392$; $p=,058$).

Una mayor gravedad (puntuación total en el BITE) se relacionó con tardar más tiempo en reconocer el problema ($r=,398$; $p=,054$), más tiempo en hablar de él ($r=,587$; $p=,003$) y más tiempo en solicitar ayuda profesional ($r=,736$; $p=,0001$). Además, una mayor gravedad se asoció con reconocer el problema porque provocaba tristeza ($r=,549$; $p=,006$), y con demorar la búsqueda de ayuda profesional por vergüenza ($r=,463$; $p=,023$) y, de forma casi significativa, por miedo al rechazo ($r=,394$; $p=,057$). Sin embargo, una menor gravedad se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por considerar que el problema molestaba poco ($r=-,413$; $p=,045$), y con solicitar tratamiento porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,429$; $p=,037$) y por miedo al problema ($r=-,459$; $p=,024$).

Respecto a las subescalas del EDI-II, las únicas que presentaron correlaciones significativas con alguno de los tres períodos temporales fueron la *bulimia* y la *insatisfacción con el cuerpo*, de forma que las pacientes con mayor puntuación en bulimia tardaron más tiempo en reconocer el problema ($r=,399$; $p=,053$), en hablar de él ($r=,582$; $p=,003$) y en solicitar ayuda profesional ($r=,687$; $p=,0001$), de la misma forma que las pacientes con más insatisfacción con el cuerpo tardaron más tiempo en solicitar tratamiento ($r=,406$; $p=,049$). Respecto a la relación con los tres bloques motivacionales, a continuación se destacarán los resultados clínicamente más

relevantes. Un mayor *impulso a adelgazar* se asoció con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,530$; $p=,008$) y porque alguien se lo dijo ($r=,403$; $p=,051$), mientras que un menor impulso a adelgazar se relacionó con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=-,478$; $p=,018$), y con consultar con un profesional por pensar que era algo malo ($r=-,492$; $p=,015$) y por miedo al problema ($r=-,488$; $p=,015$). Una menor presencia de *bulimia* se asoció con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=-,503$; $p=,012$). La presencia de más *insatisfacción con el cuerpo* se asoció con reconocer el problema por tristeza ($r=,458$; $p=,024$), con demorar la solicitud de tratamiento por percibir sensaciones placenteras asociadas al trastorno ($r=,499$; $p=,013$), y con consultar con un profesional por miedo a volverse loco ($r=,581$; $p=,003$). Una mayor *ineficacia* se asoció con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,497$; $p=,013$), y con consultar con un profesional por pensar que era o se había vuelto mala persona ($r=,422$; $p=,040$). Una mayor *desconfianza interpersonal* se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por desconfiar de la ayuda profesional ($r=,554$; $p=,005$), y con consultar con un profesional por pensar que era o se había vuelto mala persona ($r=,467$; $p=,021$), mientras que un menor desconfianza interpersonal se relacionó con consultar con un profesional por miedo a que el problema aumentara o empeorara ($r=-,494$; $p=,014$) y por miedo al problema ($r=-,434$; $p=,034$). Una mayor *conciencia interoceptiva* se asoció con reconocer el problema porque generaba ansiedad ($r=,528$; $p=,008$), con demorar la solicitud de ayuda profesional por miedo al tratamiento ($r=,512$; $p=,010$), y con consultar con un profesional por pensar que era o se había vuelto mala persona ($r=,602$; $p=,002$). Un mayor *ascetismo* se asoció con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,534$; $p=,007$), y con consultar con un profesional por miedo a volverse loco ($r=,510$; $p=,011$) y por pensar que era o se había vuelto mala persona ($r=,531$; $p=,008$). Un mayor *impulso a la regulación* se relacionó con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,421$; $p=,040$), y con solicitar ayuda profesional por miedo a volverse loco ($r=,458$; $p=,024$). Por último, una mayor *inseguridad social* se asoció con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,416$; $p=,043$), mientras que una menor inseguridad social se relacionó con solicitar tratamiento por pensar que el problema era algo malo ($r=-,569$; $p=,004$) y por miedo al problema ($r=-,498$; $p=,013$).

La edad de inicio del trastorno no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un inicio más tardío se asoció con demorar la consulta con

un profesional por pensar que el problema se pasaría ($r=,521$; $p=,009$) y con consultar por pensar que la salud corría peligro ($r=,407$; $p=,048$).

Un mayor tiempo de evolución del trastorno se asoció con tardar más tiempo en reconocer el problema ($r=,819$; $p=,0001$), en hablar por primera vez de él ($r=,879$; $p=,0001$) y en solicitar ayuda profesional ($r=,862$; $p=,0001$), y con demorar la solicitud de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,569$; $p=,004$). Sin embargo, un menor tiempo de evolución se relacionó con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=-,454$; $p=,026$), y con consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,426$; $p=,038$), por pensar que era algo malo ($r=-,426$; $p=,038$) y por miedo ($r=-,448$; $p=,028$).

La presencia de comorbilidad con otro trastorno mental no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, los pacientes que presentaron dicha comorbilidad demoraron la petición de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=,531$; $p=,008$) y por miedo al tratamiento ($r=,408$; $p=,048$).

La comorbilidad con enfermedad médica tampoco se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Así mismo, tampoco se asoció con ningún motivo que contribuyera al reconocimiento del problema, a retrasar la solicitud de tratamiento o a consultar con un profesional.

El número de experiencias vitales no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor número de experiencias vitales se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por no saber a quién contarle ($r=-,480$; $p=,018$).

En síntesis, los pacientes con un mayor IMC, con una bulimia nerviosa más grave (según puntuación total en el BITE y según la escala del EDI-II) y con un TCA de más evolución **tardaron** más tiempo en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento. Además, los pacientes con más insatisfacción con el cuerpo también tardaron más tiempo en solicitar ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los más influidos por las variables clínicas fueron la presencia de tristeza secundaria al problema y observar cambios en el comportamiento. De hecho, las pacientes con una bulimia más grave (según puntuación total en BITE), con más impulso a adelgazar, con más insatisfacción con el cuerpo, con más sentimiento de ineficacia, con más

ascetismo, con más impulso a adelgazar y con más inseguridad social señalaron en mayor medida la tristeza. Por otra parte, las pacientes con menos IMC, con menos impulso a adelgazar, con menos síntomas de bulimia (según escala del EDI-II) y con un TCA de menor evolución señalaron en mayor medida haber observado cambios en el comportamiento. Además, la influencia del entorno en el reconocimiento solo se dio en las pacientes con más impulso a adelgazar.

En referencia a los **motivos que contribuyeron a retrasar la solicitud de tratamiento**, las variables clínicas participaron en la presencia de motivos relacionados con el estigma personal y social, de hecho las pacientes con un mayor IMC, con una bulimia más grave (según puntuación total en BITE), con un TCA de más evolución y con comorbilidad con otros trastorno mentales señalaron en mayor medida el miedo al rechazo, los sentimientos de vergüenza y/o los sentimientos de culpa. Por otra parte, la presencia de sensaciones placenteras asociadas al TCA fue más señalada por las pacientes con más insatisfacción hacia el cuerpo. Además, las pacientes con más conciencia interoceptiva y con comorbilidad con otros trastornos mentales destacaron el miedo al tratamiento. Algunos motivos relacionados con la minimización del problema (i.e. molestaba poco y pensar que se pasaría) estuvieron más presentes en las pacientes con una bulimia menos grave y con un inicio del TCA más tardío.

Respecto a los **motivos que favorecieron la consulta con un profesional**, los que más se asociaron con las variables clínicas fueron los relacionados con otorgar importancia al problema (i.e. miedo a lo que le pasaba, pensar que el problema era algo malo), con el estigma personal (i.e. pensar que era o se había vuelto mala persona) o con perder el autocontrol (i.e. miedo a volverse loco). De esa forma, las pacientes con más IMC, más insatisfacción con el cuerpo, más ascetismo y más impulso a adelgazar indicaron en mayor medida el miedo a volverse loco. Por otra parte, las pacientes con menos IMC, con una bulimia menos grave (según puntuación total en BITE), con menos impulso a adelgazar, con menos desconfianza interpersonal, con menos inseguridad social y con un TCA de menos evolución señalaron en mayor medida motivos relacionados con la importancia del problema (i.e. miedo a lo que le pasaba y pensar que era algo malo). Las pacientes con más ineficacia, más desconfianza interpersonal, más conciencia interoceptiva y más ascetismo destacaron en mayor medida el pensar que eran o se habían vuelto malas

personas. Finalmente, solo las pacientes con un inicio del TCA más tardío señalaron el pensar que la salud corría peligro.

5.3. Relación entre las medidas de cuestionarios auto-informados y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se detalla la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y el nivel de deterioro en la calidad de vida y el grado de presencia de sintomatología ansioso-depresiva.

El nivel de calidad de vida (puntuación total en GHQ-28) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, una peor calidad de vida se asoció con reconocer el problema porque provocaba ansiedad ($r=,408$; $p=,048$), y con consultar con un profesional porque el problema generaba ansiedad ($r=,530$; $p=,008$), por miedo a volverse loco ($r=,478$; $p=,018$) y por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto una mala persona ($r=,583$; $p=,003$). Respecto a las subescalas de calidad de vida, ninguna correlacionó con el período de reconocimiento, de revelación ni de solicitud de tratamiento. No obstante, una menor presencia de síntomas somáticos se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por considerar que el problema no interfería ($r=-,443$; $p=,030$), mientras que una mayor presencia de síntomas somáticos se relacionó con consultar con un profesional porque el problema provocaba ansiedad ($r=,669$; $p=,0001$), por miedo a volverse loco ($r=,528$; $p=,008$), por no controlar el problema ($r=,406$; $p=,049$), por considerar que era o se había vuelto mala persona ($r=,667$; $p=,0001$) y porque el problema generaba tristeza ($r=,404$; $p=,050$). Por otra parte, un mayor nivel de ansiedad-insomnio se asoció con reconocer el problema porque provocaba ansiedad ($r=,522$; $p=,009$), con demorar la consulta con un profesional por pensar que el problema se pasaría ($r=,445$; $p=,029$), y con consultar porque el problema provocaba ansiedad ($r=,521$; $p=,009$), por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,451$; $p=,027$), porque el problema provocaba tristeza ($r=,428$; $p=,037$) y por no controlar el problema ($r=,401$; $p=,052$). Además, una mayor presencia de disfunción social se asoció con solicitar tratamiento porque el problema provocaba ansiedad ($r=,408$; $p=,048$) y por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,426$; $p=,038$). Finalmente, una mayor presencia de depresión se asoció con reconocer el problema porque provocaba tristeza ($r=,411$; $p=,046$), y con consultar con un profesional por miedo a

volverse loco ($r=,458$; $p=,024$) y por considerar que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,505$; $p=,012$).

El nivel de *worry* (puntuación total en PSWQ) no se relacionó ni con el tiempo que tardaron los pacientes en reconocer el problema ($r=,334$; $p=,110$), ni con el tiempo transcurrido hasta revelarlo ($r=,331$; $p=,114$) ni con el tiempo que tardaron en buscar ayuda profesional ($r=,310$; $p=,141$). Un mayor nivel de *worry* se asoció con reconocer el problema porque generaba ansiedad ($r=,570$; $p=,004$), mientras que menor nivel de *worry* se relacionó con reconocerlo por observar cambios en el comportamiento ($r=-,447$; $p=,029$).

El nivel de depresión (puntuación total en BDI-II) no mostró relación con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de depresión se asoció con demorar la consulta con un profesional por miedo al tratamiento ($r=,427$; $p=,037$), y con consultar porque el problema provocaba ansiedad ($r=,408$; $p=,048$), por miedo a volverse loco ($r=,451$; $p=,027$) y por considerar los pacientes que eran o se habían vuelto malas personas ($r=,500$; $p=,013$).

A modo de síntesis, es importante destacar que ninguna medida de auto-informe influyó en el **tiempo** que se prolongaron los períodos de reconocimiento, revelación y solicitud de ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema**, los pacientes con peor calidad de vida en general, y en concreto con más deterioro a nivel de ansiedad e insomnio, destacaron la influencia de la ansiedad secundaria al trastorno, mientras que los que presentaron más deterioro en el área anímica señalaron la importancia de la tristeza secundaria al trastorno. Por otra parte, los pacientes con más nivel de *worry* también indicaron la importancia de la ansiedad, mientras que los que presentaban menos nivel de preocupación destacaron los cambios en el comportamiento.

En referencia a los **motivos que retrasaron la consulta con un profesional**, los pacientes con menor deterioro en la calidad de vida en el área somática destacaron la ausencia de interferencia, mientras que los que mostraron más deterioro en el área de ansiedad e insomnio señalaron que el problema sería pasajero. Por otra parte, los pacientes con un nivel elevado de depresión indicaron tener miedo al tratamiento.

Respecto a los **motivos que facilitaron la consulta con un profesional**, el miedo a volverse loco, el pensar que eran o se habían vuelto malas personas y la ansiedad secundaria al trastorno fueron ampliamente señalados, concretamente por pacientes con peor calidad de vida en general, con mayor deterioro en las cuatro áreas de calidad de vida (i.e. síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión), y con un nivel de depresión más alto. Por otra parte, la falta de control y la tristeza secundaria al trastorno también fueron señaladas por las pacientes con más deterioro en las áreas somáticas y de ansiedad e insomnio.

5.4. Relación entre subtipos de TCA y proceso de búsqueda de ayuda

Es importante resaltar la controversia que supone diferenciar entre AN y BN y además clasificar a su vez estos trastornos en subtipos, ya que contrasta con la visión de los trastornos mentales desde la dimensionalidad y porque, además, suele haber una transición de un trastorno y/o subtipo a otro en el curso del mismo. Sin embargo, se consideró oportuno hacer una clasificación en base a una característica que pudiera resultar clínicamente relevante con el fin de analizar si había diferencias en el proceso de búsqueda de ayuda. En este sentido, se escogió la presencia de restricción o conducta purgativa y en base a ello se establecieron comparaciones entre grupos respecto a los períodos temporales del proceso de búsqueda de ayuda y a los tres bloques motivacionales.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los **períodos** de reconocimiento ni revelación, pero sí en el período de consulta ($t_{(22)}=-2,277$; $p=,033$; $d=-,930$), de forma que las pacientes con restricción tardaron menos tiempo en solicitar tratamiento (74,83 vs. 24,38 meses).

Respecto a los **motivos de reconocimiento del problema**, se encontraron diferencias en reconocer el problema porque interfería ($\chi^2_{(1)}=4,196$; $p=,041$) y porque generaba tristeza ($\chi^2_{(1)}=8,00$; $p=,005$), de forma que las pacientes con conductas purgativas señalaron más ambos motivos (33,3% vs. 75%, en el caso de la interferencia y 50% vs. 100%, en el caso de la tristeza).

Con relación a los **motivos que contribuyeron demorar la solicitud de tratamiento**, se encontraron diferencias en considerar que el problema molestaba poco ($\chi^2_{(1)}=5,042$; $p=,025$), de forma que las pacientes restrictivas señalaron más este

motivo (50% vs. 8,3%). Sin embargo, no se encontraron diferencias en los motivos de solicitud de ayuda profesional.

5.5. Predictores de la búsqueda de ayuda

Las variables del proceso de búsqueda de ayuda que se escogieron para ser predichas fueron, una vez más, el tiempo de reconocimiento, el tiempo de revelación y el tiempo de consulta. Como variables predictoras se introdujeron las variables sociodemográficas y clínicas continuas que presentaron bien una correlación estadísticamente significativa o bien un valor de correlación próximo a la significación.

El tiempo de reconocimiento fue predicho en un 71,9% por la edad en el momento del estudio, el nivel de estudios y los años de evolución (tabla 24). La mayor capacidad predictiva provino de la edad (49,9%), seguida por los años de evolución (13,1%) y el nivel de estudios (8,8%). De estas tres variables, solo los años de evolución resultaron significativos. Sin embargo, el modelo predictivo compuesto por las tres variables fue significativo ($F_{(3,20)}=17,025$; $p=,0001$).

El tiempo de revelación fue predicho en un 77,4% por la edad en el momento del estudio y por los años de evolución, aunque la mayor capacidad predictiva provino de la edad (65,8%). De las dos variables, sólo los años de evolución fueron significativos. Sin embargo, el modelo predictivo compuesto por ambas resultó significativo ($F_{(2,21)}=35,940$; $p=,0001$).

Finalmente, el tiempo de consulta fue predicho por la edad en el momento de la entrevista, por los años de evolución y por la gravedad del trastorno alimentario reflejado en la puntuación total del BITE. Las tres variables explicaron un elevado 84,8% de la varianza, con un 61,1% proveniente de la edad, seguido de un 13,2% de los años de evolución y un 10,5% de la gravedad del trastorno. La edad no resultó significativa, mientras que las otras variables sí. El modelo predictivo compuesto por las tres variables fue significativo ($F_{(3,20)}=37,175$; $p=,0001$).

Tabla 24. Análisis de regresión en el grupo TCA

V. dependientes	V. predictoras	Cambio en R2	Beta	t	Sig
Reconocimiento	Edad	,499	-,097	-,345	,734
	Nivel de estudios	,088	-,210	-1,716	,102
	Años de evolución	,131	,869	3,057	,006
Revelación	Edad	,658	,096	,395	,697
	Años de evolución	,116	,792	3,278	,004
Consulta	Edad	,611	-,068	-,332	,743
	Años de evolución	,132	,715	3,466	,002
	BITE Punt. Total	,105	,387	3,717	,001

5.6. Análisis interno del proceso de búsqueda de ayuda

5.6.1. Períodos temporales

Únicamente el 8,3% de las pacientes con TCA afirmó reconocer el problema de manera temprana. El tiempo medio que tardaron en reconocer el problema fue de 38,92 meses (DT=51,62). Mayor fue el tiempo medio que tardaron en hablar por primera vez con alguien del trastorno, situándose en 43,83 meses (DT=56,73). Aún mayor fue el tiempo medio que tardaron en consultar el problema con un profesional sanitario que alcanzó los 49,60 meses (DT=59,02). Los tres períodos temporales mostraron altas correlaciones entre sí, de forma que las pacientes que tardaron más tiempo en reconocer el problema tardaron más tiempo en hablar de él ($r=,882$; $p=,0001$) y en buscar tratamiento ($r=,831$; $p=,0001$), de la misma forma que aquellas que tardaron más tiempo en hablar del problema también tardaron más tiempo en consultarlo con un profesional ($r=,955$; $p=,0001$). La vivencia de un reconocimiento temprano no se asoció ni con el período de reconocimiento ($r=-,232$; $p=,275$), ni con el de revelación ($r=-,105$; $p=,625$) ni con el de solicitud de ayuda profesional ($r=,057$; $p=,792$).

En el momento de hablar con alguien del problema, las pacientes comentaron síntomas específicos del trastorno (p.e. miedo a engordar, deseo de adelgazar, presencia de vómitos). La familia (29,2%) y los amigos (29,2%) fueron las personas del entorno con las que primero hablaron las pacientes sobre su problema, seguido de

la pareja (20,8%). Los motivos fundamentales por los que revelaron el problema fueron buscar apoyo, comprensión o ayuda (37,5%) y el hecho de que las personas del entorno insistieran en hablar de ello o comprobaran la presencia de síntomas (37,5%).

El profesional al que consultaron por primera vez el problema fue el médico de atención primaria (50%), seguido del psiquiatra (29,2%) y del psicólogo clínico (20,8%).

La mayoría (87,5%) reconocieron que hubiera sido conveniente consultar nada más reconocer el problema y lo argumentaron para haber evitado así un empeoramiento y que el problema se prolongara tanto.

5.6.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Respecto a los motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 25), los más señalados fueron: porque era frecuente, porque no lo controlaban, porque estaba triste, por observar cambios en el comportamiento y porque generaba ansiedad.

Los cambios en el comportamiento que favorecieron el reconocimiento fueron la irritabilidad (50%) y el aislamiento social (22,2%).

Las principales personas que favorecieron el reconocimiento fueron la familia (42,9%) y los amigos (21,4%), quienes fundamentalmente destacaron la alteración en la alimentación (37,5%) y la delgadez (21,4%).

Tabla 25. Porcentaje de pacientes con TCA que señalaron los motivos de reconocimiento

Frecuencia	87,5%
No lo podía controlar	79,2%
Tristeza	75,0%
Observar cambios en el comportamiento	75,0%
Ansiedad o nerviosismo	70,8%
Alguien le dijo que no era normal	58,3%
Interferencia	54,2%

Resultados

Respecto a la relación entre los diferentes motivos que facilitaron el reconocimiento (tabla 26), destaca que el hecho de que las pacientes reconocieran el problema porque éste les interfería supuso una menor influencia de otras personas en el reconocimiento. Además, resultó relevante la asociación entre la pérdida de control y la tristeza.

Tabla 26. Correlaciones entre los motivos de reconocimiento en pacientes con TCA

	Frecuencia	Ansiedad	Interferencia	Tristeza	Cambios en comportamiento	No control	Alguien se lo dijo
Frecuencia	1 24	,035 24	,158 24	,073 24	,073 24	-,194 24	,192 24
Ansiedad		1 24	-,038 24	,265 24	-,159 24	,122 24	,015 24
Interferencia			1 24	,241 24	,435 [*] 24	,146 24	-,438 [*] 24
Tristeza				1 24	-,111 24	,415 [*] 24	-,098 24
Cambios en comportamiento					1 24	,178 24	-,293 24
No control						1 24	-,225 24
Alguien se lo dijo							1 24

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

5.6.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento (tabla 27), los más señalados fueron: pensar que podían controlar el problema, que éste proporcionaba sensaciones placenteras, pensar que se pasaría y no considerarlo peligroso. Las sensaciones placenteras identificadas por las pacientes consistían en tener control sobre la ingesta de comida. Nuevamente, en el caso de los

TCA se observa una elevada presencia de los motivos vinculados al estigma personal y social.

Tabla 27. Porcentaje de pacientes con TCA que señalaron los motivos de demora del tratamiento

Pensaba que lo podía controlar	91,7%
Proporcionaba sensaciones placenteras	75,0%
Pensaba que se pasaría	66,7%
No lo consideraba peligroso	62,5%
Sentirse culpable	54,2%
Poco importante	54,2%
No provocaba interferencia	45,8%
Miedo a ser considerado loco o enfermo mental	41,7%
Vergüenza	33,3%
Miedo al tratamiento	33,3%
Pensaba que era algo común	33,3%
Molestaba poco	29,2%
Miedo al rechazo	29,2%
Desconfianza de la ayuda profesional	25,0%
No saber a quién contarle	12,5%
Lo tenía pocas veces	0,0%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	0,0%
No tener a quién contarle	0,0%

Respecto a la relación entre los motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de tratamiento (ver tabla 28), resulta significativa la relación entre diferentes motivos relativos a minimizar la importancia del trastorno (i.e. considerarlo poco importante, identificar sensaciones placenteras, no considerarlo peligroso y considerarlo algo común). Por otra parte, destaca que la presencia de motivos asociados al estigma personal y social redujo la influencia de motivos asociados con la minimización del trastorno. Es decir, la presencia de vergüenza limitó el percibir que el problema molestaba poco y que generaba sensaciones placenteras, y el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental limitó la percepción de falta de interferencia.

Tabla 28. Correlaciones entre los motivos de demora en pacientes con TCA

	1 Vergüenza	2 Molesta poco	3 Culpable	4 Poco importante	5 Loco	6 No interferencia	7 Control	8 Sensaciones placenteras	9 Miedo tratamiento	10 Se pasaría	11 Miedo rechazo	12 Desconfianza profesionales	13 No saber a quién contarle	14 No peligroso	15 Común
1	1	-,454*	-,059	-,059	,120	-,296	-,107	-,408*	-,125	,313	,324	,000	,000	,000	,063
	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
2		1	,038	,222	,015	,330	-,138	,159	-,259	-,130	-,210	,053	,035	-,071	,130
		<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
3			1	-,175	-,071	,343	-,277	,048	,118	-,296	,222	,145	,095	-,367	-,059
			<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
4				1	,269	,007	,328	,435*	,296	-,118	,038	,531**	-,411*	,497*	,473*
				<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
5					1	-,438*	-,051	,293	-,239	,060	,387	,098	-,319	,131	,299
					<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
6						1	-,328	-,048	,059	-,237	-,222	,241	-,095	,194	,059
						<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
7							1	-,174	,213	-,213	-,138	,174	,114	,078	,213
							<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
8								1	,000	-,204	-,053	,111	-,364	,149	,000
								<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
9									1	-,063	-,065	,000	,000	,183	,063
									<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
10										1	,065	-,204	,267	-,183	-,250
										<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
11											1	,053	-,243	-,071	,130
											<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
12												1	-,218	,248	,204
												<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
13													1	-,228	-,267
													<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
14														1	,365
														<i>24</i>	<i>24</i>
15															1
															<i>24</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

5.6.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que favorecieron la consulta del problema con un profesional sanitario (tabla 29), los más señalados fueron: porque no lo controlaban, por miedo a que aumentara o empeorara, porque dominaba sus vida, porque se lo recomendó otra persona, porque no se pasaba y porque interfería en el funcionamiento cotidiano. Respecto al hecho de recibir tratamiento por recomendarlo otra persona, las pacientes afirmaron que lo percibían como una obligación o presión más que como una recomendación.

La recomendación de pedir ayuda profesional provino sobre todo de familia (68,4%) y lo argumentaron por percibir que el paciente estaba mal o tenía un problema (21,1%) y por la importancia de pedir ayuda, solucionarlo o mejorar (21,1%). En otro 21,1% de los casos la familia obligó a las pacientes a acudir a tratamiento.

Tabla 29. Porcentaje de pacientes con TCA que señalaron los motivos de búsqueda de ayuda

No lo controlaba	87,5%
Miedo a que aumentara o empeorara	83,3%
Se lo recomendó otra persona	79,2%
Dominaba su vida	79,2%
No se pasaba	75,0%
Interferencia	70,8%
Tristeza	66,7%
Incremento de la frecuencia	58,3%
Pensaba que la salud corría peligro	58,3%
Ansiedad o nerviosismo	54,2%
Miedo	50,0%
Miedo a volverse loco	37,5%
Pensaba que era algo malo	33,3%
Ser o haberse vuelto mala persona	12,5%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	0,0%

Resultados

Respecto a la relación entre los motivos que favorecieron la consulta con un profesional (ver tabla 30), cabe señalar el elevado número de asociaciones entre ellos. Esta circunstancia se puede explicar por el elevado impacto vital que tiene el trastorno sobre las pacientes, lo cual conlleva que muchas variables participen en motivar la búsqueda de tratamiento y se potencien además entre sí. Únicamente considerarse mala persona y recomendarlo otra persona no mostraron asociaciones con otros motivos.

Tabla 30. Correlaciones entre los motivos de consulta en pacientes con TCA

	1 Frecuente	2 Ansiedad	3 Interferencia	4 No se pasaba	5 Miedo volverse loco	6 No control	7 Mala persona	8 Tristeza	9 Salud peligro	10 Miedo aumentara	11 Recomendó otra persona	12 Algo malo	13 Miedo	14 Dominaba vida
1	1	<i>,410[*]</i>	<i>,573^{**}</i>	<i>,293</i>	<i>,131</i>	<i>,447[*]</i>	<i>,319</i>	<i>,478[*]</i>	<i>,314</i>	<i>,529^{**}</i>	<i>-,017</i>	<i>,598^{**}</i>	<i>,676^{**}</i>	<i>,399</i>
	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
2		1	<i>,330</i>	<i>,435[*]</i>	<i>,540^{**}</i>	<i>,411[*]</i>	<i>,348</i>	<i>,414[*]</i>	<i>,071</i>	<i>,262</i>	<i>,352</i>	<i>,296</i>	<i>,251</i>	<i>,352</i>
		<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
3			1	<i>,476[*]</i>	<i>-,071</i>	<i>,589^{**}</i>	<i>,243</i>	<i>,907^{**}</i>	<i>,573^{**}</i>	<i>,451[*]</i>	<i>-,103</i>	<i>,454[*]</i>	<i>,458[*]</i>	<i>,574^{**}</i>
			<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
4				1	<i>,447[*]</i>	<i>,655^{**}</i>	<i>,218</i>	<i>,612^{**}</i>	<i>,488[*]</i>	<i>,516^{**}</i>	<i>-,296</i>	<i>,204</i>	<i>,385</i>	<i>,652^{**}</i>
				<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
5					1	<i>,293</i>	<i>,488[*]</i>	<i>,000</i>	<i>,131</i>	<i>,346</i>	<i>-,026</i>	<i>,000</i>	<i>,086</i>	<i>,185</i>
					<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
6						1	<i>,143</i>	<i>,535^{**}</i>	<i>,447[*]</i>	<i>,507[*]</i>	<i>-,194</i>	<i>,267</i>	<i>,378</i>	<i>,737^{**}</i>
						<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
7							1	<i>,267</i>	<i>,064</i>	<i>,169</i>	<i>-,116</i>	<i>,267</i>	<i>,378</i>	<i>,194</i>
							<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
8								1	<i>,657^{**}</i>	<i>,395</i>	<i>-,145</i>	<i>,500[*]</i>	<i>,530^{**}</i>	<i>,508[*]</i>
								<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
9									1	<i>,529^{**}</i>	<i>-,225</i>	<i>,418[*]</i>	<i>,507[*]</i>	<i>,191</i>
									<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
10										1	<i>-,229</i>	<i>,316</i>	<i>,447[*]</i>	<i>,321</i>
										<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
11											1	<i>-,290</i>	<i>-,103</i>	<i>-,011</i>
											<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
12												1	<i>,707^{**}</i>	<i>,145</i>
												<i>24</i>	<i>24</i>	<i>24</i>
13													1	<i>,308</i>
													<i>24</i>	<i>24</i>
14														1
														<i>24</i>

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

5.6.5. Relación entre los períodos temporales y los motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema, a la demora en la solicitud de ayuda profesional y a la consulta con un profesional

Aquellas pacientes que reconocieron su problema porque les producía ansiedad presentaron una menor vivencia de reconocimiento temprano ($r=-,470$; $p=,021$).

Respecto al tiempo que las pacientes tardaron en reconocer el problema, un reconocimiento más temprano se asoció con un reconocimiento por observar cambios en el comportamiento ($r=-,582$; $p=,003$), y con consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,617$; $p=,001$), por miedo al problema ($r=-,597$; $p=,002$) y por pensar que éste era algo malo ($r=-,398$; $p=,054$). Por otra parte, un reconocimiento más tardío se asoció con demorar la búsqueda de ayuda profesional por miedo al rechazo ($r=,529$; $p=,008$).

Respecto al tiempo que las pacientes tardaron en hablar por primera vez del trastorno, hablar antes del trastorno se asoció con un reconocimiento del problema derivado de observar cambios en el comportamiento ($r=-,492$; $p=,015$), con demorar la solicitud de tratamiento por pensar que se podía controlar el problema ($r=-,416$; $p=,043$), y con consultar con un profesional porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,593$; $p=,002$) y porque a las pacientes les daba miedo lo que les ocurría ($r=-,473$; $p=,020$). Por otra parte, tardar más tiempo en hablar del trastorno se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por miedo al rechazo ($r=,616$; $p=,001$).

Al igual que en el caso del tiempo que tardaron en reconocer el problema y en revelarlo, tardar menos tiempo en solicitar ayuda profesional se asoció con un reconocimiento por observar cambios en el comportamiento ($r=-,523$; $p=,009$), y con consultar porque el problema se hizo más frecuente ($r=-,581$; $p=,003$), por miedo al trastorno ($r=-,560$; $p=,004$) y por pensar que era algo malo ($r=-,424$; $p=,039$). Así mismo, tardar más tiempo en consultar con un profesional se asoció con demorar esa consulta por miedo al rechazo ($r=,601$; $p=,002$).

6. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno por dependencia a cocaína

6.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se describe la relación de cada una de las variables sociodemográficas con el tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, en hablar por primera vez sobre él y en solicitar ayuda profesional y la relación con los tres bloques de variables motivaciones.

La edad de los pacientes en el momento del estudio no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, los pacientes de más edad tardaron en buscar tratamiento por considerar que el consumo molestaba poco ($r=,462$; $p=,030$), y consultaron porque se lo recomendó otra persona ($r=,464$; $p=,030$). Por otra parte, los pacientes de menos edad buscaron tratamiento por miedo a que el consumo aumentara o empeorara ($r=-,431$; $p=,045$).

El género no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, el ser hombre se asoció con demorar la búsqueda de tratamiento por percibir que el consumo proporcionaba sensaciones placenteras ($r=-,505$; $p=,016$).

El estado civil no tuvo relación con ninguno de los tres períodos temporales ni con ninguno de los bloques motivacionales.

El apoyo familiar tampoco se asoció con ninguno de los períodos temporales. Sin embargo, la ausencia de apoyo familiar se relacionó con una vivencia de reconocimiento temprano ($r=-,690$; $p=,0001$), y con demorar la búsqueda de tratamiento por desconfiar de la ayuda profesional ($r=-1$; $p=,0001$).

Tener apoyo social se relacionó con tardar menos tiempo en reconocer el problema ($r=-,423$; $p=,050$) y en hablar sobre él ($r=-,471$; $p=,027$), sin embargo no se relacionó con el tiempo que tardaron los pacientes en solicitar ayuda profesional ($r=-,234$; $p=,294$). Además, la presencia de apoyo social se asoció con reconocer el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=,500$; $p=,018$), mientras que su ausencia se relacionó con demorar la consulta con un profesional porque el consumo molestaba poco ($r=-,588$; $p=,004$), por considerarlo poco importante ($r=-,430$; $p=,046$) y por no percibir interferencia ($r=-,505$; $p=,016$).

El nivel socioeconómico no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel socioeconómico se relacionó con demorar la búsqueda de tratamiento por miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental ($r=,517$; $p=,014$).

El nivel de estudios no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un menor nivel académico se relacionó con reconocer el problema porque era frecuente ($r=-,485$; $p=,022$) y por presencia de ansiedad ($r=-,536$; $p=,010$), y con buscar tratamiento porque el consumo producía ansiedad ($r=-,447$; $p=,037$), porque el consumo no se pasaba ($r=-,489$; $p=,021$), por miedo a volverse loco ($r=-,483$; $p=,023$), por no controlar el consumo ($r=-,512$; $p=,015$) y porque provocaba tristeza ($r=-,700$; $p=,0001$). Por otra parte, un mayor nivel de estudios se relacionó con reconocer el problema porque alguien se lo dijo ($r=,430$; $p=,046$), y con demorar la solicitud de tratamiento por considerar el problema poco importante ($r=,460$; $p=,031$).

En síntesis, únicamente la presencia de apoyo social contribuyó a tardar menos **tiempo** en reconocer el problema y en hablar de él. Sin embargo, ninguna variable sociodemográfica influyó en el tiempo que tardaron los pacientes en solicitar ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que facilitaron el reconocimiento del problema**, los pacientes con apoyo social destacaron la importancia de observar cambios en el comportamiento, los que tenían menor nivel académico destacaron la frecuencia del problema y que generaba ansiedad como motivos principales, y los pacientes con mayor nivel de estudios señalaron la influencia de otras personas en dicho reconocimiento.

En lo relativo a los **motivos que dificultaron la búsqueda de tratamiento**, los pacientes de más edad y los que no tenían apoyo social indicaron motivos relacionados con la ausencia de interferencia. Por otra parte, los hombres señalaron que el consumo proporcionaba sensaciones placenteras. Los que no contaban con apoyo familiar destacaron que desconfiaban de la ayuda profesional. Los que tenían mayor nivel socioeconómico presentaron miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental. Finalmente, aquellos con falta de apoyo social y con mayor nivel de estudios minimizaron la importancia del trastorno.

Respecto a los **motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional**, los pacientes de más edad destacaron la influencia de otras personas, mientras que

los que tenían menos edad presentaron miedo a que el trastorno aumentara o empeorara. Por otra parte, aquellos con menor nivel académico fueron los que más motivos señalaron, destacando la presencia de ansiedad, que el problema no se pasaba y no lo controlaban, que generaba tristeza y que temían volverse locos.

6.2. Relación entre las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda

A continuación, se describe la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y la gravedad de la dependencia a cocaína (nivel de síndrome de abstinencia y de craving), la edad a la que se inició el trastorno, el tiempo de evolución del trastorno por dependencia a cocaína, la presencia de comorbilidad con otro trastorno mental y con enfermedades médicas y el número de experiencias vitales.

El nivel de síndrome de abstinencia (puntuación en el CSSA) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor síndrome de abstinencia se asoció con demorar la petición de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=,493$; $p=,020$), por no saber a quién contarle ($r=,573$; $p=,005$) y, casi significativamente, por no tener a quién contarle ($r=,411$; $p=,057$), y con consultar profesionalmente porque el problema se hizo más frecuente ($r=,464$; $p=,030$), porque generaba interferencia ($r=,430$; $p=,046$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,426$; $p=,048$) y porque dominaba la vida ($r=,481$; $p=,023$). Por otra parte, un menor síndrome de abstinencia se relacionó con consultar con un profesional porque se lo recomendó otra persona ($r=-,506$; $p=,016$).

Respecto a la intensidad del craving (subescalas del cuestionario CCQ-G), ninguno de los factores se relacionó con el tiempo que tardaron los pacientes en reconocer el problema, ni con el que tardaron en hablar de él, ni con el tiempo que transcurrió hasta solicitar ayuda profesional. Respecto a la relación con los tres bloques motivacional, cabe destacar que un *deseo intenso de consumir* se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por sentirse culpable ($r=,593$; $p=,015$), por miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental ($r=,575$; $p=,020$), por no tener a quién contarle ($r=,621$; $p=,010$), por no saber a quién contarle ($r=,497$; $p=,050$) y, de forma casi significativa, por considerar el consumo algo común ($r=,482$; $p=,059$), y con solicitar tratamiento por pensar que la salud corría peligro ($r=,525$; $p=,037$) y por miedo al consumo ($r=,814$; $p=,0001$). Por otra parte, una mayor *ausencia de control sobre el consumo* se asoció con demorar la solicitud de ayuda profesional por vergüenza

($r=,532$; $p=,034$), por miedo al rechazo ($r=,836$; $p=,0001$), por no tener a quién contarle ($r=,522$; $p=,038$) y por no saber a quién contarle ($r=,535$; $p=,033$). Así mismo, una mayor *ausencia de expectativas positivas sobre el consumo* se asoció con consultar con un profesional por miedo al consumo ($r=,557$; $p=,025$), porque el problema dominaba la vida ($r=,669$; $p=,005$) y, casi significativamente, por miedo a que el problema aumentara o empeorara ($r=,483$; $p=,058$). Por último, tener menos *expectativas sobre los efectos estimulantes del consumo* se asoció con reconocer el problema por no controlarlo ($r=-,525$; $p=,037$), mientras que tener más expectativas sobre los efectos estimulantes se relacionó con retrasar la solicitud de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=,607$; $p=,013$), por experimentar sensaciones placenteras ($r=,495$; $p=,051$), por miedo al rechazo ($r=,499$; $p=,049$) y por considerar el consumo algo común ($r=,592$; $p=,016$), y con consultar con un profesional por miedo ($r=,589$; $p=,016$).

La edad a la que se inició el trastorno no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un inicio más tardío se asoció con reconocer el problema porque generaba tristeza ($r=,432$; $p=,044$).

Un mayor tiempo de evolución del trastorno se asoció con tardar más tiempo en reconocer el trastorno ($r=,643$; $p=,001$), en hablar de él ($r=,706$; $p=,0001$) y en pedir tratamiento ($r=,870$; $p=,0001$). Sin embargo, una menor evolución se asoció con reconocer el problema por ser frecuente ($r=-,424$; $p=,049$) y por generar interferencia ($r=-,473$; $p=,026$).

La presencia de comorbilidad con otro trastorno mental no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. No obstante, la ausencia de esta comorbilidad se asoció con consultar con un profesional porque el problema generaba interferencia ($r=-,449$; $p=,036$) y por pensar que el consumo de cocaína era algo malo ($r=-,437$; $p=,042$).

La comorbilidad con enfermedad médica presentó una correlación moderada y casi significativa con el tiempo que tardaron los pacientes en solicitar ayuda profesional ($r=,411$; $p=,057$), mientras que no se asoció ni con el período de reconocimiento, ni de revelación. Por otra parte, la ausencia de esta comorbilidad se asoció con reconocer el problema porque provocaba tristeza ($r=-,435$; $p=,043$).

El número de experiencias vitales no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, los pacientes que presentaron mayor número de

experiencias vitales, en su mayoría desagradables, tardaron en pedir ayuda profesional por desconfiar de esta ayuda ($r=,439$; $p=,041$), y buscaron tratamiento por miedo al consumo ($r=,464$; $p=,029$).

Como conclusión, únicamente el tiempo de evolución del trastorno influyó en los **períodos temporales** del proceso de búsqueda de ayuda, de forma que los pacientes con una dependencia de cocaína de más evolución tardaron más tiempo en reconocer el problema, en hablar de él y en solicitar tratamiento.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, los pacientes con menos expectativas de efectos estimulantes asociados al consumo indicaron en mayor medida la falta de control. Además, los pacientes con un inicio de la dependencia a cocaína más tardío y con ausencia de comorbilidad con una enfermedad médica identificaron en mayor grado la influencia de la tristeza secundaria al consumo. Por otra parte, los pacientes con una dependencia a cocaína de menor evolución señalaron en mayor medida la frecuencia e interferencia del consumo.

En lo que refiere a los **motivos que contribuyeron a retrasar la solicitud de tratamiento**, los relacionados con el estigma personal y social (i.e. sentirse culpable, sentir vergüenza, miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental, miedo al rechazo), con no poder o no saber movilizar recursos del entorno (i.e. no tener o no saber a quién contarle) y con minimizar la importancia de trastorno (i.e. percibir sensaciones placenteras, considerarlo algo común) estuvieron influidos por las variables clínicas. De hecho, todos esos motivos fueron destacados por los pacientes con un mayor síndrome de abstinencia, con un deseo más intenso de consumir, con menos control sobre el consumo y con más expectativas de efectos estimulantes asociados al consumo.

Finalmente, respecto a los **motivos que favorecieron la consulta con un profesional**, los más asociados con las variables clínicas fueron la pérdida elevada del control (i.e. el problema dominaba la vida, miedo al consumo) y los relacionados con deterioro en el funcionamiento cotidiano (i.e. pensar que la salud corría peligro, ser frecuente, generar interferencia). De esta forma, los pacientes que señalaron todos o algunos de estos motivos fueron los que presentaban un síndrome de abstinencia más elevado, un deseo más intenso de consumir, menos expectativas positivas sobre el consumo, más expectativas sobre los efectos estimulantes, menos comorbilidad con otro trastorno mental y más experiencias vitales.

6.3. Relación entre medidas de cuestionarios auto-informados y el proceso de búsqueda de ayuda

En este apartado se detalla la relación entre el proceso de búsqueda de ayuda y el nivel de deterioro en la calidad de vida y el grado de presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.

El nivel de calidad de vida (puntuación total en GHQ-28) no se relacionó con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, una peor calidad de vida se asoció con reconocer el problema porque provocaba ansiedad ($r=,428$; $p=,047$), con demorar la petición de tratamiento por sentirse culpable ($r=,555$; $p=,007$), y con consultar con un profesional porque el problema provocaba ansiedad ($r=,418$; $p=,053$), por miedo a volverse loco ($r=,554$; $p=,007$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,598$; $p=,003$), por miedo al consumo ($r=,438$; $p=,042$) y porque éste dominaba la vida ($r=,469$; $p=,028$). Respecto a las subescalas de calidad de vida, ninguna presentó correlaciones significativas con los tres períodos temporales. Sin embargo, una mayor presencia de síntomas somáticos se asoció con demorar la petición de ayuda profesional por sentirse culpable ($r=,734$; $p=,0001$), por considerar que el consumo producía sensaciones placenteras ($r=,465$; $p=,029$) y por pensar que el problema se pasaría ($r=,499$; $p=,018$), y con buscar tratamiento porque el consumo provocaba ansiedad ($r=,491$; $p=,020$), por miedo a volverse loco ($r=,581$; $p=,005$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,566$; $p=,006$) y por miedo a que el consumo aumentara o empeorara ($r=,464$; $p=,029$). Por otra parte, una mayor presencia de ansiedad-insomnio se asoció con reconocer el problema porque generaba ansiedad ($r=,549$; $p=,008$), y con consultar con un profesional por miedo a volverse loco ($r=,528$; $p=,012$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,584$; $p=,004$), por pensar que el consumo era algo malo ($r=,453$; $p=,034$) y porque dominaba la vida ($r=,481$; $p=,023$). Así mismo, una mayor disfunción social se asoció con reconocer el problema por no poder controlarlo ($r=,430$; $p=,046$), y, rozando la significación, con demorar la búsqueda de tratamiento por considerar que el problema no interfería ($r=,413$; $p=,056$). Finalmente, un mayor nivel de depresión se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por considerar que el consumo producía sensaciones placenteras ($r=,463$; $p=,030$) y por considerar el consumo algo común ($r=,562$; $p=,007$), y con consultar con un profesional porque el consumo se hizo más frecuente ($r=,464$; $p=,030$), por miedo a volverse loco ($r=,466$; $p=,029$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,430$; $p=,046$),

por miedo al consumo ($r=,571$; $p=,006$) y porque éste dominaba la vida ($r=,562$; $p=,007$).

El nivel de *worry* (puntuación total en PSWQ) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de *worry* se asoció con reconocer el problema porque generaba ansiedad ($r=,479$; $p=,024$), con demorar la solicitud de tratamiento por no considerar el consumo peligroso ($r=,424$; $p=,049$), y con consultar con un profesional porque el consumo generaba ansiedad ($r=,581$; $p=,005$), por no poder controlar el consumo ($r=,437$; $p=,042$) y porque dominaba la vida ($r=,462$; $p=,030$).

El nivel de depresión (puntuación total en BDI-II) no se asoció con ninguno de los tres períodos temporales. Sin embargo, un mayor nivel de depresión se asoció con reconocer el problema porque provocaba ansiedad ($r=,551$; $p=,008$), con demorar la consulta con un profesional por sentirse culpable ($r=,455$; $p=,033$), por no saber a quién contarle ($r=,433$; $p=,044$), por considerar el consumo algo común ($r=,460$; $p=,031$), y, rozando la significación por experimentar sensaciones placenteras asociadas al consumo ($r=,412$; $p=,057$), y con consultar con un profesional porque el consumo se hizo más frecuente ($r=,529$, $p=,011$), porque provocaba ansiedad ($r=,423$; $p=,050$), porque interfería ($r=,479$; $p=,024$), por pensar que la salud corría peligro ($r=,587$; $p=,004$), por pensar que el consumo era algo malo ($r=,484$; $p=,022$), por miedo ($r=,459$; $p=,032$) y porque dominaba la vida ($r=,497$; $p=,019$). Por el contrario, un menor nivel de depresión se relacionó con consultar con un profesional porque se lo recomendó otra persona ($r=-,486$; $p=,022$).

En conclusión, ninguna medida de auto-informe influyó en el **tiempo** que se prolongaron los períodos de reconocimiento, revelación y solicitud de ayuda profesional.

Respecto a los **motivos que favorecieron el reconocimiento del problema**, el más destacado fue la presencia de ansiedad, que fue señalado por los pacientes con peor calidad de vida en general, con más deterioro en el área de la ansiedad y el insomnio, con más nivel de *worry* y con más gravedad depresiva. Por otra parte, los pacientes con más deterioro en el área social señalaron la falta de control sobre el problema.

En referencia a los **motivos que retrasaron la consulta con un profesional**, el sentimiento de culpabilidad fue señalado por los pacientes con peor calidad de vida

en general, con más deterioro en el área somática y con más nivel de depresión (según puntuación en BDI). Además, el hecho de experimentar sensaciones placenteras asociadas al trastorno fue destacado por los pacientes con más deterioro en las áreas somática y anímica y con más nivel de depresión. Por otra parte, también fueron señalados algunos motivos relacionados con minimizar la importancia del problema (i.e. pensar que era pasajero, no percibir interferencia, no ser peligroso o ser algo común) por aquellos pacientes con más deterioro en las áreas somáticas, social y anímica, con más nivel de *worry* y con más nivel de depresión.

Respecto a los **motivos que facilitaron la consulta con un profesional**, los más señalados fueron la ansiedad secundaria al trastorno, el miedo a volverse loco y al consumo, pensar que la salud corría peligro y la pérdida elevada de control, los cuales concretamente estuvieron más presentes en pacientes con peor calidad de vida en general, con más deterioro en las áreas somática, de ansiedad e insomnio y anímica, con más nivel de *worry* y con más gravedad depresiva.

6.4. Predictores de la búsqueda de ayuda

Nuevamente, las variables del proceso de búsqueda que se escogieron para ser predichas fueron el tiempo de reconocimiento, el tiempo de revelación y el tiempo de consulta. Como variables predictoras se introdujeron las variables sociodemográficas y clínicas continuas que presentaron bien una correlación estadísticamente significativa o bien un valor de correlación próximo a la significación.

El tiempo de reconocimiento fue predicho exclusivamente por los años de evolución, variable que explicó un 41,3% de la varianza (tabla 31). Esta variable fue significativa, como también resultó ser el modelo predictivo compuesto por ella ($F_{(1,20)}=14,077$; $p=,001$).

El tiempo de revelación fue predicho también por los años de evolución con un porcentaje explicativo algo mayor que en el caso del tiempo de reconocimiento (49,9%). Esta variable resultó significativa como también lo fue el modelo predictivo compuesto por ella ($F_{(1,20)}=19,906$; $p=,0001$).

Finalmente, el tiempo de consulta fue predicho por el nivel socioeconómico y por los años de evolución. Ambas variables predijeron un 67,3% de la varianza, con una mayor predicción proveniente de los años de evolución (39%). El nivel

socioeconómico no resultó significativo, aunque los años de evolución sí lo fueron. El modelo predictivo compuesto por ambas variables fue significativo ($F_{(2,13)}=13,364$; $p=,001$).

Tabla 31. Análisis de regresión en el grupo Cocaína

V. dependientes	V. predictoras	Cambio en R2	Beta	t	Sig
Reconocimiento	Años de evolución	,413	,643	3,752	,001
Revelación	Años de evolución	,499	,706	4,462	,000
Consulta	Nivel socioeconómico	,283	-,031	-,152	,881
	Años de evolución	,390	,800	3,936	,002

6.5. Análisis interno del proceso de búsqueda de ayuda

6.5.1. Períodos temporales

Solo el 9,1% de los pacientes con dependencia a cocaína afirmó haber reconocido el problema de manera temprana. El tiempo medio que tardaron en reconocer el problema fue de 47,18 meses (DT=41,16). Más elevado fue el tiempo medio que tardaron en hablar por primera vez de su problema que alcanzó los 56,35 meses (DT=44,23), como también lo fue el tiempo medio que tardaron en consultar el problema con un profesional sanitario que se situó en 74,14 meses (DT=53,27). Los tres períodos temporales presentaron correlaciones altas entre sí, de forma que los pacientes que tardaron más tiempo en reconocer el problema tardaron más tiempo en hablar sobre él ($r=,949$; $p=,0001$) y en pedir ayuda profesional ($r=,731$; $p=,0001$), y los que tardaron más tiempo en hablar sobre él también tardaron más tiempo en solicitar tratamiento ($r=,820$; $p=,0001$). La vivencia de un reconocimiento temprano no correlacionó ni con el tiempo que tardaron los pacientes en reconocer el problema ($r=-,371$; $p=,089$), ni con el tiempo que tardaron en hablar de él ($r=-,281$; $p=,206$), ni con el que tardaron en solicitar tratamiento ($r=-,317$; $p=,151$).

En el momento de hablar con alguien del problema, los pacientes se centraron en afirmar que estaban consumiendo. El 27,3% habló por primera vez del problema con los amigos, un 22,7% con la pareja y un 18,2% tanto con la familia como con un profesional de la salud mental. Los motivos fundamentales por los que revelaron el

problema fueron buscar apoyo, comprensión o ayuda (40%), la insistencia en hablar sobre ello por parte de las personas de su alrededor o porque éstas se dieron cuenta del consumo (30%) y por comprobar la interferencia para sí mismo y las personas de su entorno que producía el trastorno (25%).

El profesional al que consultaron por primera vez el problema fue el psicólogo clínico (63,6%), seguido del médico de atención primaria (13,6%).

La mayoría (86,4%) reconocieron que hubiera sido conveniente consultar nada más reconocer el problema y como motivo principal señalaron evitar que el problema durara tanto.

6.5.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Respecto a los motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 32), los más señalados fueron: observar cambios en el comportamiento, no controlar el consumo y percibir interferencia. El hecho de que la recomendación de otra persona fuera el motivo menos señalado se relacionaría con la elevada ocultación del consumo y/o porque el impacto a nivel personal que tiene el consumo es suficiente para reconocerlo como un problema sin necesidad de que otras personas influyan.

Los cambios que favorecieron el reconocimiento fueron la irritabilidad (68,4%), seguido de síntomas depresivos (21,1%).

Las principales personas que favorecieron el reconocimiento fueron la familia (55,6%) y la pareja (22,2%), que en la mayoría de los casos dijeron al paciente que estaba mal (28,6%) y que no era normal lo que hacía o que tenía un problema (28,6%).

Tabla 32. Porcentaje de pacientes con dependencia a cocaína que señalaron los motivos de reconocimiento

Observar cambios en el comportamiento	86,4%
No lo podía controlar	86,4%
Interferencia	77,3%
Frecuencia	68,2%
Ansiedad o nerviosismo	63,6%
Tristeza	54,5%
Alguien le dijo que no era normal	40,9%

Se obtuvieron un escaso número de asociaciones entre los distintos motivos que favorecieron el reconocimiento (tabla 33), de forma que solo se encontró que la ansiedad generada por el consumo se relacionó con la frecuencia con la que se producía el consumo y con la tristeza que provocaba.

Tabla 33. Correlaciones entre los motivos de reconocimiento en pacientes con dependencia a cocaína

	Frecuencia	Ansiedad	Interferencia	Tristeza	Cambios en comportamiento	No control	Alguien se lo dijo
Frecuencia	1 22	,498 [*] 22	,095 22	,356 22	,013 22	,013 22	-,226 22
Ansiedad		1 22	,266 22	,638 ^{**} 22	-,025 22	,250 22	-,332 22
Interferencia			1 22	,376 22	,101 22	,417 22	,010 22
Tristeza				1 22	,169 22	-,097 22	-,169 22
Cambios en comportamiento					1 22	-,158 22	,331 22
No control						1 22	-,208 22
Alguien se lo dijo							1 22

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

6.5.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que contribuyeron a la demora en la búsqueda de tratamiento (tabla 34), los más señalados fueron: pensar que lo podían controlar y que el consumo proporcionaba sensaciones placenteras. Además, como en el resto de trastornos estudiados, los motivos asociados al estigma personal y social tuvieron una elevada presencia.

Tabla 34. Porcentaje de pacientes con dependencia a cocaína que señalaron los motivos de demora del tratamiento

Pensaba que lo podía controlar	95,5%
Proporcionaba sensaciones placenteras	72,7%
Pensaba que era algo común	59,1%
Vergüenza	54,5%
Poco importante	54,5%
Pensaba que se pasaría	54,5%
No lo consideraba peligroso	50,0%
Miedo al rechazo	45,5%
Sentirse culpable	40,9%
No provocaba interferencia	27,3%
Molestaba poco	22,7%
Lo tenía pocas veces	22,7%
Miedo al tratamiento	22,7%
No saber a quién contarlo	22,7%
No tener a quién contarlo	18,2%
Miedo a ser considerado loco o enfermo mental	13,6%
Desconfianza de la ayuda profesional	4,5%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	0,0%

Respecto a la relación entre los motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de tratamiento (ver tabla 35), cabe destacar la asociación entre motivos vinculados a minimizar la importancia del problema (i.e. no generar interferencia, ser poco frecuente, molestar poco, no considerarlo peligroso considerarlo algo común, proporcionar sensaciones placenteras), la asociación entre sí de motivos vinculados al estigma personal y social y la relación entre éstos últimos y no tener disponibilidad de personas del entorno con las que hablar.

Tabla 35. Correlaciones entre los motivos de demora en pacientes con dependencia a cocaína

	1 Vergüenza	2 Molesta poco	3 Culpable	4 Tenía pocas veces	5 Poco importante	6 Loco	7 No interferencia	8 Control	9 Sensaciones placenteras	10 Miedo tratamiento	11 Se pasaría	12 Miedo rechazo	13 Desconfianza profesionales	14 No tener a quién contarle	15 No saber a quién contarle	16 No peligroso	17 Común
1	1	-,158	,203	,059	,267	,363	-,056	,239	,056	,059	,267	,467*	-,239	,430 [†]	,495 [†]	,183	,169
	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
2		1	-,010	,224	,277	-,215	,642**	,118	,089	-,294	-,158	-,277	-,118	,026	-,035	,325	-,211
		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
3			1	,211	,017	-,061	-,094	,182	,302	,211	,388	,169	-,182	,327	,431 [†]	,092	,316
			22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
4				1	,277	,101	,642**	,118	,089	-,035	,277	-,277	-,118	,307	,224	,325	,010
				22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
5					1	,097	,354	,239	,056	-,158	-,100	,100	-,239	,194	,059	,548**	-,017
					22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
6						1	,054	,087	,243	,101	,363	,435 [†]	-,087	,500 [†]	,417	,132	,331
						22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
7							1	,134	,146	-,332	-,056	-,354	-,134	,241	,155	,408	-,113
							22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
8								1	,356	,118	,239	-,239	,048	,103	,118	,218	,262
								22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
9									1	,332	,261	,149	,134	,289	,332	0,000	,736**
									22	22	22	22	22	22	22	22	22
10										1	,277	,376	-,118	-,256	-,035	-,542**	,451 [†]
										22	22	22	22	22	22	22	22
11											1	,100	,199	,194	,277	0,000	,169
											22	22	22	22	22	22	22
12												1	-,199	,280	,376	,000	,388
												22	22	22	22	22	22
13													1	-,103	-,118	-,218	-,262
													22	22	22	22	22
14														1	,869**	,471 [†]	,153
														22	22	22	22
15															1	,325	,231
															22	22	22
16																1	,092
																22	22
17																	1
																	22

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

6.5.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Respecto a los motivos que favorecieron la consulta con un profesional sanitario (tabla 36), el principal fue por no controlar el consumo, aunque la gran mayoría de motivos jugaron un papel importante.

La recomendación de pedir ayuda profesional provino de familia (45,5%), los amigos (27,3%) y la pareja (18,2%). En la mayoría de los casos el paciente se vio obligado a recibir tratamiento (50%), mientras que en un bajo porcentaje de casos la recomendación se argumentó por la interferencia del consumo en áreas personales (20%).

Tabla 36. Porcentaje de pacientes con dependencia a cocaína que señalaron los motivos de búsqueda de ayuda

No lo controlaba	86,4%
Miedo a que aumentara o empeorara	63,6%
Dominaba su vida	59,1%
Interferencia	54,5%
No se pasaba	54,5%
Incremento de la frecuencia	50,0%
Pensaba que la salud corría peligro	50,0%
Se lo recomendó otra persona	50,0%
Pensaba que era algo malo	40,9%
Ansiedad o nerviosismo	36,4%
Tristeza	31,8%
Miedo	22,7%
Miedo a volverse loco	18,2%
Ser o haberse vuelto mala persona	18,2%
Pensar que los pensamientos se podían hacer realidad	0,0%

Respecto a la relación entre estos motivos (ver tabla 37), es importante señalar la gran cantidad de asociaciones encontradas. Sin embargo, predomina la asociación entre motivos vinculados a la elevada frecuencia del trastorno, a la interferencia que genera, a la intensa pérdida de control y a la percepción de ser algo malo.

Tabla 37. Correlaciones entre los motivos de consulta en pacientes con dependencia a cocaína

	1 Frecuente	2 Ansiedad	3 Interferencia	4 No se pasaba	5 Miedo volverse loco	6 No control	7 Mala persona	8 Tristeza	9 Salud peligro	10 Miedo aumentara	11 Recomendó otra persona	12 Algo malo	13 Miedo	14 Dominaba vida
1	1	,189	,548**	,548**	,000	,397	,236	,098	,273	,567**	-,455 [†]	,647**	,325	,462 [†]
	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
2		1	,121	,311	,134	,300	-,111	,295	,567**	,375	0,000	,140	,266	,052
		22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
3			1	,633**	-,043	,435 [†]	,430 [†]	,232	,365	,449 [†]	-,730**	,574**	,059	,540**
			22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
4				1	,194	,435 [†]	,430 [†]	,624**	,548**	,449 [†]	-,365	,574**	,277	,540**
				22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
5					1	,187	,389	,437 [†]	,471 [†]	,111	,000	,327	,307	,392
					22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
6						1	,187	,271	,397	,526 [†]	-,397	,331	,215	,478 [†]
						22	22	22	22	22	22	22	22	22
7							1	,437 [†]	,236	,111	-,471 [†]	,567**	,026	,392
							22	22	22	22	22	22	22	22
8								1	,293	,111	-,293	,424 [†]	,328	,370
								22	22	22	22	22	22	22
9									1	,378	-,273	,462 [†]	,325	,277
									22	22	22	22	22	22
10										1	-,378	,245	,184	,524 [†]
										22	22	22	22	22
11											1	-,462 [†]	-,325	-,462 [†]
											22	22	22	22
12												1	,211	,504 [†]
												22	22	22
13													1	,231
													22	22
14														1
														22

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos en cursiva indican el N de pacientes que selecciona el ítem en cada caso.

6.5.5. Relación entre los períodos temporales y los motivos que contribuyeron al reconocimiento del problema, a la demora en la solicitud de ayuda profesional y a la consulta con un profesional

Una vivencia de reconocimiento temprano se relacionó con demorar la solicitud de tratamiento por desconfiar de la ayuda profesional ($r=,690$; $p=,0001$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en reconocer el problema, los que menos tiempo tardaron lo reconocieron por observar cambios en el comportamiento ($r=-,456$; $p=,033$). Sin embargo, los que tardaron más tiempo en reconocerlo demoraron la consulta con un profesional por considerar el consumo poco importante ($r=,608$; $p=,003$).

Respecto al tiempo que los pacientes tardaron en revelar el problema, los que tardaron menos tiempo reconocieron el problema por observar cambios en el comportamiento ($r=-,515$; $p=,014$), mientras que los que tardaron más tiempo en hablar de ello demoraron la consulta con un profesional por considerar el consumo poco importante ($r=,497$; $p=,018$).

Con relación al tiempo que tardaron los pacientes en solicitar ayuda profesional, los que tardaron menos tiempo reconocieron el problema porque generaba interferencia ($r=-,529$; $p=,011$) y por observar cambios en el comportamiento ($r=-,444$; $p=,038$).

Destaca el menor número de correlaciones en el grupo Cocaína respecto al resto de grupos clínicos y además estas correlaciones se dieron casi exclusivamente con los motivos de reconocimiento.

7. Comparativa entre los cuadros clínicos respecto a las variables sociodemográficas, las variables clínicas y el proceso de búsqueda de ayuda profesional

7.1. Variables sociodemográficas

Los grupos diagnósticos se diferenciaron en la edad ($F_{(4, 151)}=8,750$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,188$), de forma que el grupo TCA tenía la edad media más joven y difería del resto de grupos, y el grupo TOC tenía una edad media inferior a la del grupo TDM. Debido a las diferencias en esta variable, y considerando su relevancia clínica, se determinó incluirla como covariable en los análisis de varianza comparativos entre grupos.

Con respecto al resto de variables sociodemográficas (tabla 38), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el género, el estado civil, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios. No se obtuvieron diferencias en la presencia de apoyo familiar, ni de apoyo social, ya que todos los grupos clínicos indicaron tener un elevado nivel de apoyo familiar y social.

Con relación al género, los grupos TCA y Cocaína difirieron de todos los demás, ya que el primero solo estuvo formado por mujeres y en el segundo predominaron los hombres.

Respecto al estado civil, el grupo TDM difirió de todos los demás por ser el grupo con menos personas solteras. El grupo TOC, el grupo TCA y el grupo Cocaína difirieron del resto de grupos menos del grupo Agorafobia, dado que los grupos TOC y TCA no había personas divorciadas o separadas, mientras que el grupo Cocaína era el que tenía más personas con este estado civil.

Por lo que se refiere al nivel socioeconómico, el grupo Agorafobia difirió del grupo TOC y del grupo TCA por mayor presencia en el primero de pacientes con un nivel medio bajo. El grupo TOC difirió además del grupo TDM y del grupo Cocaína por una mayor presencia en el primero de pacientes con un nivel medio. Por último, el grupo TCA difirió además del grupo Cocaína por presentar mayor nivel socioeconómico.

Respecto al nivel de estudios, el grupo TCA difirió de todos los demás por presentar un nivel de estudios más alto. Además, el grupo TOC difirió del grupo Cocaína por mayor presencia de pacientes con estudios superiores.

Resultados

Tabla 38. ANOVA de las variables sociodemográficas

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	χ^2	gl
Género						34,758***	4
Hombre	23,8	39,4	38,9	0	81,8		
Mujer	76,2	60,6	61,1	100,0	18,2		
Estado civil						49,741***	12
Soltero	42,9	38,0	5,6	79,2	36,4		
Casado/pareja estable	47,6	62,0	83,3	20,8	40,9		
Divorciado/separado	4,8	0	11,1	0	22,7		
Viudo	4,8	0	0	0	0		
Nivel Socioeconómico						32,527**	12
Bajo	9,5	10,0	11,1	0	27,3		
Medio-bajo	42,9	11,4	44,4	20,8	40,9		
Medio	47,6	68,6	38,9	62,5	22,7		
Medio-alto	0	10,0	5,6	16,7	9,1		
Alto	0	0	0	0	0		
Nivel de estudios						19,698*	8
Primarios/elementales	42,9	32,4	33,3	4,2	45,5		
Medios	38,1	36,6	50,0	45,8	50,0		
Superiores	19,0	31,0	16,7	50,0	4,5		
Apoyo Familiar	95,2	100,0	100,0	100,0	95,5	2,52	4
Apoyo Social	90,5	72,7	83,3	91,7	81,8	2,898	4

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos son %

7.2. Variables clínicas

Respecto a las variables clínicas (tablas 39, 40 y 41), se encontraron diferencias en la edad media de inicio del trastorno, de forma que el grupo TCA presentó el inicio más temprano y el grupo TDM el inicio más tardío. Los grupos Agorafobia, TOC y Cocaína no difirieron entre sí. Tras controlar la edad, la diferencia entre los grupos se mantuvo estadísticamente significativa ($F_{(4,148)}=9,650$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,207$), de forma que el grupo TDM presentó una mayor edad de inicio respecto al resto de grupos clínicos, sin que el resto difirieran entre sí.

Los grupos también se diferenciaron en el tiempo de evolución del trastorno, de forma que el grupo TDM presentó menor tiempo de evolución que los grupos TOC, TCA y Cocaína. Tras controlar la variable edad, esa diferencia se mantuvo estadísticamente significativa ($F_{(4,148)}=9,650$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,207$), de forma que el grupo TDM difirió de todos los grupos por presentar un menor tiempo de evolución.

Se obtuvieron también diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida, tanto en la puntuación total como en las 4 subescalas. El grupo TDM es el que presentó mayor deterioro en la calidad de vida. De hecho, en la puntuación total el grupo TDM difiere de todos los demás, sin que en el resto de grupos haya diferencias entre sí. En la subescala de síntomas somáticos, el grupo TDM presentó mayor deterioro que los grupos TOC, TCA y Cocaína, y el grupo Agorafobia presentó más deterioro que el grupo Cocaína. En la subescala de ansiedad-insomnio, el grupo TDM presentó más deterioro que los grupos TOC, TCA y Cocaína. En la subescala de disfunción social, el grupo TDM mostró más deterioro que los grupos Agorafobia, TCA y Cocaína. Por último, en la subescala de depresión, el grupo TDM mostró más deterioro que los grupos Agorafobia y Cocaína. Las diferencias en Calidad de vida se mantuvieron tras controlar la edad, tanto en la puntuación total ($F_{(4,87)}=8,258$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,275$) como en todas las subescalas: síntomas somáticos ($F_{(4,87)}=8,094$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,271$), ansiedad-insomnio ($F_{(4,87)}=3,117$; $p=,019$; $\eta_p^2=,125$), disfunción social ($F_{(4,87)}=8,563$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,282$) y depresión ($F_{(4,87)}=4,776$; $p=,002$; $\eta_p^2=,180$). En los análisis post hoc del ANCOVA, se mantuvieron las mismas diferencias entre grupos que en el ANOVA en las subescalas de síntomas somáticos y disfunción social. En las subescalas de ansiedad-insomnio y depresión, sólo se mantuvieron la diferencia entre el grupo TDM y el grupo Cocaína, con más deterioro en el primer grupo. Por último en la puntuación total, desapareció la diferencia entre los grupos TDM y TCA y se mantuvieron el resto de diferencias.

Los grupos también se diferenciaron en la puntuación en el PSWQ, aunque esa diferencia se dio exclusivamente entre los grupos TCA y Cocaína, con un mayor nivel de *worry* en el primero. Esa diferencia se mantuvo en el ANCOVA ($F_{(4,148)}=2,725$; $p=,032$; $\eta_p^2=,069$).

Respecto a la puntuación en BDI-II, los grupos Agorafobia, TDM y TCA presentaron depresión clínica, mientras que los grupos TOC y Cocaína presentaron un nivel subclínico. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de

Resultados

depresión, de forma que el grupo TDM puntuó más alto que el resto de grupos clínicos. Tras controlar la edad, se mantuvo la significación estadística en esta variable ($F_{(4,150)}=7,571$; $p=,0001$; $\eta_p^2=,168$), pero desapareció la diferencia entre los grupos TDM y TCA.

Tabla 39. ANOVA de la edad de inicio, tiempo de evolución y medidas de auto-informe

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	F	gl	η_p^2	Post hoc
Edad inicio	28,62 (10,58)	24,59 (9,95)	41,5 (10,85)	17,92 (3,01)	27,45 (9,41)	17,67***	4, 149	0,322	TCA < A, TOC, Coca < TDM
T. evolución	7,00 (9,73)	9,58 (9,75)	1,44 (1,62)	6,54 (5,79)	7,05 (4,17)	3,87**	4, 149	0,094	TDM < TOC, TCA, Coca
GHQ-S. Somáticos	10,10 (4,58)	8 (2,73)	13,89 (3,58)	9,5 (4,92)	5,91 (5,26)	7,90***	4, 88	0,264	TOC, TCA, Coca < TDM; Coca < A
GHQ- Ans./Insom.	11,86 (4,96)	9,25 (3,81)	14,89 (2,91)	10,67 (5,14)	9,27 (6,38)	3,72**	4, 88	0,145	TOC, TCA, Coca < TDM
GHQ-Disf. Social	9,38 (3,99)	10,75 (3,62)	14,94 (3,59)	9,29 (5,48)	6,18 (4,27)	10,09***	4, 88	0,314	A, TCA, Coca < TDM
GHQ- Depresión	7,48 (4,95)	6,75 (6,34)	12,89 (5,23)	8,63 (6,41)	4,82 (5,62)	5,25***	4, 88	0,193	A, Coca < TDM
GHQPT	38,81 (15,26)	34,75 (10,96)	56,61 (11)	38,08 (19,16)	26,18 (17,27)	9,25***	4, 88	0,296	A, TOC, TCA, Coca < TDM
BDI	21,43 (12,46)	18,99 (11,77)	35,22 (7,57)	23,46 (13,81)	16,32 (12,92)	7,88***	4, 151	0,173	A, TOC, TCA, Coca < TDM
PSWQ	61,52 (14,61)	62,03 (10,41)	60,67 (11,98)	65,04 (10,72)	53,86 (16,33)	2,66*	4, 149	0,067	Coca < TCA

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos son Media (DT)

Los grupos también se diferenciaron en el número de pacientes que llevaban tratamiento con psicofármacos en el momento del estudio, de forma que en el grupo Cocaína había un menor número de pacientes con medicación en comparación a todos los demás grupos clínicos. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la duración de este tratamiento ($F_{(4,86)}=,913$; $p=,460$; $\eta_p^2=,041$).

Por otra parte, también se obtuvieron diferencias significativas en la historia de tratamientos previos, de forma que el grupo Cocaína se diferenció de los grupos TOC, TDM y TCA por tener mayor número de pacientes sin historia de tratamientos previos. También se diferenciaron los grupos TDM y TCA, de manera que en el grupo TDM había más pacientes sin historia de tratamientos previos y, en el grupo TCA más

número de pacientes con tratamiento psicológico, solo o combinado con psicofarmacológico. Los grupos clínicos no se diferenciaron en la remisión de los síntomas tras los tratamientos recibidos previamente. Tampoco se encontraron diferencias en la presencia de comorbilidad con otros trastornos mentales ni con enfermedades médicas. El hecho de que un alto porcentaje de pacientes no hubiera recibido tratamientos previos y no tuviera comorbilidad responde al sesgo de selección, ya explicado en la descripción de la muestra.

Tabla 40. Prueba de Chi-cuadrado de historia de tratamientos previos, medicación actual y comorbilidad

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	χ^2	gl
Medicación actual	76,2	70,0	88,9	79,2	45,5	10,85*	4
Tratamientos previos						28,98**	12
Ninguno	66,7	50,0	66,7	33,3	90,9		
Farmacológico	9,5	19,1	27,8	12,5	0,0		
Psicológico	9,5	4,4	0,0	12,5	4,5		
Farmacológico y Psicológico	14,3	26,5	5,6	41,7	4,5		
Remisión síntomas						13,37	8
Ninguna	0,0	31,3	50,0	50,0	0,0		
Parcial	71,4	56,3	16,7	50,0	100,0		
Total	28,6	12,5	33,3	0,0	0,0		
Comorbilidad con TM	33,3	32,4	11,1	25,0	36,4	4,09	4
Enfermedad médica	28,6	30,0	44,4	16,7	13,6	6,40	4

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos son %

Finalmente, con relación a la presencia de acontecimientos vitales, los grupos diagnósticos difirieron en el número de ellos, de forma que el grupo Cocaína se diferenció de los grupos TOC, TDM y TCA por presentar mayor número de pacientes sin acontecimientos vitales. El grupo TCA se diferenció de los grupos TOC, TDM y Cocaína por presentar más pacientes con dos acontecimientos vitales. Los grupos TOC y TDM también mostraron diferencias entre sí por haber mayor presencia de acontecimientos vitales en el grupo TDM. También se encontraron diferencias en el tipo de acontecimientos entre los grupos TOC, TDM y TCA, de forma que en el grupo TOC hubo un predominio de cambios vitales y en los grupos TDM y TCA más acontecimientos asociados a problemas interpersonales. Además, difirieron en la

cantidad de acontecimientos vinculados al inicio o agravamiento del trastorno, de manera que el grupo TOC presentó, respecto al resto de grupos, más acontecimientos asociados con el agravamiento.

No se encontraron diferencias en el tiempo transcurrido entre la aparición de los acontecimientos vitales y el inicio del trastorno tanto en el caso del que el acontecimiento vital precediera al inicio del trastorno ($F_{(4,52)}=1,100$; $p=,367$; $\eta_p^2=,078$) como en el caso de que apareciera de forma posterior ($F_{(4,20)}=1,489$; $p=,243$; $\eta_p^2=,229$). Respecto a las valoraciones de los acontecimientos, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el grado de positividad ($F_{(4,110)}=1,453$; $p=,222$; $\eta_p^2=,050$), negatividad ($F_{(4,110)}=,864$; $p=,488$; $\eta_p^2=,030$) e importancia ($F_{(4,110)}=1,410$; $p=,236$; $\eta_p^2=,049$). Cabe destacar en todos los grupos clínicos predominaron los acontecimientos vitales negativos. Solo se encontraron diferencias en el grado de influencia que tuvo el acontecimiento vital sobre el trastorno ($F_{(4,110)}=3,244$; $p=,015$; $\eta_p^2=,106$), de forma que el grupo TOC identificó menor influencia que los grupos Agorafobia y TDM. Los resultados sobre las valoraciones de los acontecimientos vitales no variaron tras realizar el ANCOVA, únicamente desapareció la diferencia entre los grupos TOC y TDM respecto a la valoración del grado de influencia de acontecimiento vital sobre el trastorno.

Tabla 41. Prueba de Chi-cuadrado de experiencias vitales

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	χ^2	gl
Número de EV						34,26***	12
0	23,8	29,6	0,0	16,7	45,5		
1	57,1	57,7	77,8	41,7	31,8		
2	14,3	11,3	11,1	41,7	9,1		
3	4,8	1,4	11,1	0,0	13,6		
EV						49,19**	28
Probl./estrés laborales o académicos	31,3	14,9	22,2	15,0	8,3		
Probl. Económicos	0,0	4,3	22,2	0,0	16,7		
Enfermedad/muerte familiar	18,8	14,9	5,6	0,0	16,7		
Probl. Familiares	12,5	8,5	16,7	10,0	25,0		
Probl. Interpersonales	18,8	10,6	33,3	40,0	25,0		
Cambios vitales	6,3	25,5	0,0	5,0	0,0		
Accidentes/probl. Salud	6,3	6,4	0,0	0,0	0,0		
Acontecimientos específicos trastorno	6,3	14,9	0,0	30,0	8,3		
EV Inicio-Agravamiento						29,81***	4
Inicio	81,3	28,6	94,4	75,0	75,0		
Agravamiento	18,8	71,4	5,6	25,0	25,0		

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos son %

7.3. Proceso de búsqueda de ayuda profesional

Los grupos clínicos se diferenciaron en la vivencia de un reconocimiento temprano ($\chi^2_{(4)}=36,973$; $p=000$), de forma que el grupo Agorafobia se diferenció del resto de grupos por presentar un reconocimiento temprano (el 81% del grupo Agorafobia afirmó tener un reconocimiento temprano), mientras que los grupos TCA y Cocaína se diferenciaron de todos los demás por predominar un reconocimiento tardío (el 91,7% del grupo TCA y el 90,9% del grupo Cocaína afirmaron no reconocer el problema de forma temprana). Los grupos clínicos se diferenciaron en el tiempo que transcurrió hasta reconocer el problema ($F_{(4,148)}=3,325$; $p=,012$; $\eta_p^2=,082$), de forma que el grupo Agorafobia tardó menos tiempo en reconocer su problema que los grupos TOC, TCA y Cocaína, y el grupo TDM tardó menos tiempo que los grupos TCA y Cocaína. Tras controlar la edad, se mantuvieron las diferencias ($F_{(4,147)}=4,911$; $p=,001$;

$\eta_p^2=,118$), pero en este caso los grupos Agorafobia y TDM tardaron significativamente menos tiempo en reconocer el trastorno que los grupos TCA y Cocaína.

Por otra parte, no se obtuvieron diferencias en el tiempo que tardaron los pacientes en hablar por primera vez del problema ($F_{(4,117)}=2,105$; $p=,085$; $\eta_p^2=,067$). A pesar de ello, en los análisis post-hoc, el grupo TDM tardó significativamente menos tiempo en hablar de su problema que los grupos TOC, TCA y Cocaína. El grupo TDM no se diferenció del grupo Agorafobia, mientras que el grupo Cocaína fue el que más tiempo empleó. Así mismo, las diferencias en el tiempo que tardaron en consultar con un profesional rozaron la significación estadística ($F_{(4,149)}=2,250$; $p=,066$; $\eta_p^2=,057$), pero, igual que en el tiempo de revelación, los análisis post-hoc mostraron que el grupo TDM tardó significativamente menos tiempo en buscar tratamiento que los grupos TOC, TCA y Cocaína. Tras controlar la edad, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de revelación ($F_{(4,116)}=5,057$; $p=,001$; $\eta_p^2=,148$) y en el tiempo de consulta ($F_{(4,148)}=5,031$; $p=,001$; $\eta_p^2=,120$). En ambos períodos temporales, los resultados post hoc fueron los mismos que en los ANOVA.

Cabe destacar que todos los grupos clínicos, con porcentajes elevados, reconocieron la conveniencia de haber solicitado tratamiento nada más reconocer el problema, por ello no se obtuvieron diferencias significativas en esta variable ($\chi^2_{(8)}=3,425$; $p=,905$).

Los grupos clínicos tampoco se diferenciaron respecto a la persona con la que hablaron por primera vez del trastorno ($\chi^2_{(24)}=29,915$; $p=,188$), ya que en todos los casos esa persona fue un familiar, la pareja o un amigo. Sí se encontraron diferencias respecto al primer profesional al que solicitaron ayuda ($\chi^2_{(16)}=71,454$; $p=,0001$), de forma que solo indicaron haber recibido atención en urgencias los grupos Agorafobia y TDM. Además, el grupo TDM es el que más fue atendido por el MAP y el grupo Cocaína el que menos. El psicólogo clínico apenas fue señalado como el primer profesional, salvo en el caso del grupo Cocaína. De la misma manera el psiquiatra fue mencionado en un bajo porcentaje por todos los grupos, sobre todo por los grupos TDM y Cocaína.

A continuación, se analizaron las diferencias entre los grupos en los factores que componen la estructura encontrada en la entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional (tabla 42). El grupo Agorafobia se diferenció del grupo Cocaína en el factor 1 (i.e. motivos de consulta), de manera que los pacientes con

trastorno por dependencia a cocaína presentaron menos motivos de consulta que los pacientes con agorafobia. Por otra parte, respecto a las diferencias en el factor 2 (i.e. motivos de no consulta: minimizar el problema), los pacientes con agorafobia señalaron menos aspectos positivos o destacaron menos la ausencia de repercusión negativa del trastorno que los pacientes con TCA y con dependencia a cocaína. De la misma forma, ocurrió en los pacientes TOC respecto a los pacientes con TCA. Cabe destacar que ningún grupo se diferenció en el factor 3 (i.e. motivos de no consulta: miedo y estigma), lo cual indica la existencia de un nivel de estigma personal y de temor al rechazo social parecido en todos los grupos clínicos.

Tabla 42. ANOVA de los factores de la Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	F	GI	h_p^2	Post hoc
Factor 1	13,60 (3,22)	9,67 (4,87)	12,38 (2,92)	11,00 (4,48)	9,36 (4,36)	3,128*	4, 81	0,134	Coca < A
Factor 2	2,20 (1,66)	2,56 (1,24)	3,06 (1,18)	4,50 (1,96)	4,23 (1,90)	6,175***	4, 81	0,234	A < TCA, Coca; TOC < TCA
Factor 3	2,47 (1,81)	2,79 (1,93)	3,25 (1,39)	3,46 (1,59)	3,36 (2,19)	1,049	4, 105	0,038	

Factor 1: Motivos consulta; Factor 2: Motivos no consulta: minimizar problema; Factor 3: Motivos no consulta: miedo, estigma.

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos son Media (DT)

Con relación a los motivos que favorecieron el reconocimiento del trastorno (tabla 43), los grupos se diferenciaron en reconocerlo porque generaba tristeza, por observar cambios en el comportamiento y porque alguien se lo dijo. Respecto al primer motivo, el grupo TDM señaló este motivo en mayor medida que los grupos Agorafobia, TOC y Cocaína. Respecto al segundo motivo, el grupo TDM se diferenció de los grupos Agorafobia y TOC y se obtuvieron diferencias también entre los grupos TOC y Cocaína. Respecto al tercer motivo, las diferencias se obtuvieron entre los grupos Agorafobia y TOC respecto a los grupos TDM y TCA.

Cabe destacar que todos los grupos indicaron de forma elevada el reconocimiento porque generaba ansiedad, aunque en menor medida en el grupo Cocaína. De la misma manera, se señaló de forma elevada el reconocimiento por no controlar el problema, aunque en menor medida por el grupo Agorafobia. El

reconocimiento porque el problema era demasiado frecuente fue sobre todo señalado por el grupo TCA, aunque no se diferenció significativamente del resto de grupos. En todos los casos, aunque en menor medida en el grupo TCA, la interferencia jugó un papel importante en el reconocimiento.

Tabla 43. Prueba Chi-cuadrado en los motivos de reconocimiento del problema

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	$\chi^2_{(4)}$
Frecuencia	61,9	59,5	61,1	87,5	68,2	6,16
Ansiedad o nerviosismo	71,4	78,6	94,4	70,8	63,6	5,87
Interferencia	85,7	70,0	72,2	54,2	77,3	5,98
Tristeza	52,4	52,9	88,9	75,0	54,5	10,81*
Cambios en el comportamiento	61,9	57,1	88,9	75,0	86,4	11,78*
No lo podía controlar	66,7	76,8	83,3	79,2	86,4	2,84
Alguien le dijo que no era normal	19,0	32,9	61,1	58,3	40,9	12,08*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. Los datos son %

Por lo que respecta a los motivos que contribuyeron a demorar la búsqueda de tratamiento (tabla 44), los grupos se diferenciaron en *sentirse culpable*, de forma que las diferencias se dieron entre el grupo de Agorafobia respecto a los grupos TDM, TCA y Cocaína y entre los grupos TOC y TCA. Otro motivo fue por *pensar que se podía controlar el trastorno*, de forma que el grupo TOC lo señaló en menor medida que los grupos TDM, TCA y Cocaína, y el grupo Agorafobia en menos medida que el grupo Cocaína. Además, se obtuvieron diferencias en demorar porque el trastorno *proporcionaba sensaciones placenteras*, de forma que un alto porcentaje de pacientes de los grupos TCA y Cocaína señalaron este motivo frente al resto de grupos que no lo señalaron. Finalmente, también se encontraron diferencias en considerar el trastorno *algo común*, de forma que el grupo Cocaína lo señaló en mayor medida que los grupos Agorafobia, TOC y TDM, y el grupo TCA lo señaló más que los grupos Agorafobia y TOC.

Los motivos asociados a temor a ser considerado loco o enfermo mental o a la ausencia de interferencia rozaron la significación estadística. Respecto al primero, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en los análisis post-hoc, entre los dos grupos que más señalaron este motivo (TOC y TCA) y el que menos lo señaló

(Cocaína). Respecto al segundo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en los análisis post-hoc, entre el grupo que más lo señaló (TCA) y los grupos que menos lo señalaron (Agorafobia y TOC).

Tabla 44. Prueba Chi-cuadrado en los motivos de demora de tratamiento

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	$\chi^2_{(4)}$
Vergüenza	40,0	50,9	37,5	33,3	54,5	3,40
Molestaba poco	13,3	16,2	6,3	29,2	22,7	4,07
Sentirse culpable	6,7	20,6	43,8	54,2	40,9	13,32**
Lo tenía pocas veces	13,3	8,8	12,5	0,0	22,7	6,44
Pensamiento-realidad	13,3	5,5	0,0	0,0	0,0	6,61
Poco importante	40,0	45,5	56,3	54,2	54,5	1,62
Miedo ser considerado loco	26,7	43,6	18,8	41,7	13,6	9,05
No provocaba interferencia	13,3	17,3	18,8	45,8	27,3	8,85
Pensar que lo podía controlar	73,3	54,5	93,8	91,7	95,5	23,76***
Sensaciones placenteras	0,0	0,0	0,0	75,0	72,7	48,92***
Miedo al tratamiento	13,3	11,8	31,3	33,3	22,7	5,39
Pensar que se pasaría	80,0	63,6	87,5	66,7	54,5	6,04
Miedo al rechazo	20,0	29,4	6,3	29,2	45,5	7,62
Desconfianza ayuda profesional	26,7	11,8	18,8	25,0	4,5	5,35
No tener a quién contarle	6,7	5,9	18,8	0,0	18,2	6,99
No saber a quién contarle	20,0	14,7	25,0	12,5	22,7	1,65
No considerarlo peligroso	26,7	39,1	37,5	62,5	50,0	5,91
Considerarlo algo común	6,7	4,5	25,0	33,3	59,1	20,66***

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos son %

Por último, los grupos se diferenciaron en los motivos por los que pidieron ayuda profesional (tabla 45). En primer lugar, el motivo porque *el trastorno se hizo más frecuente* diferenció al grupo Agorafobia de los grupos TCA y Cocaína, y al grupo TDM del grupo Cocaína. Se obtuvieron diferencias también en el motivo porque *el trastorno producía ansiedad*, de forma que los grupos que menos señalaron este motivo (TCA y Cocaína) se diferenciaron de los otros tres. Otro motivo diferencial fue la *interferencia*, ya que el grupo Agorafobia lo señaló en mayor medida que los grupos TOC, TCA y Cocaína. Un motivo adicional que distinguió a los grupos fue el *pensar que si hablaba de lo que le pasaba se podía hacer realidad*, indicado en más por el grupo TOC frente a todos los demás. De hecho, no fue señalado por ningún paciente de los grupos TCA

y Cocaína. Así mismo, se obtuvieron diferencias en el motivo porque *no se pasaba*, de forma que el grupo Cocaína se diferenció de los grupos Agorafobia y TDM, y el grupo Agorafobia del grupo TOC. Por otra parte, cabe mencionar el motivo *miedo a volverse loco*, de forma que los grupos Agorafobia y TOC lo señalaron más que los grupos TDM y Cocaína. Otro motivo que los diferenció fue la *tristeza*, de manera que el grupo que menos lo indicó (Cocaína) se diferenció de todos los demás. Un motivo adicional fue porque *se lo recomendó otra persona*, que tuvo una mayor presencia en el grupo TCA respecto a los grupos Agorafobia, TOC y Cocaína. Finalmente, se encontraron diferencias en el motivo *miedo a lo que le pasaba*, de forma que el grupo que más lo señaló (Agorafobia) se distinguió de todos los demás y el grupo que menos lo señaló (Cocaína) se distinguió también del grupo TOC y, rozando la significación, de los grupos TDM y TCA.

Aunque no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en algunas variables importantes del estudio, se considera relevante hacer mención a las siguientes. Todos los grupos, en un alto porcentaje, señalaron la falta de control como un motivo de consulta. Además, el considerarse mala persona por tener el trastorno fue poco señalado en todos los grupos y por ningún paciente del grupo Agorafobia. Pensar que la salud corría peligro fue señalado en un alto porcentaje por el grupo Agorafobia. Un bajo porcentaje de pacientes del grupo TDM solicitó ayuda por pensar que era algo malo. El considerar que el problema dominaba la vida también fue muy señalado, sobre todo en los grupos Agorafobia, TDM y TCA.

Tabla 45. Prueba Chi-cuadrado en los motivos de consulta con un profesional

	Agorafobia (n=21)	TOC (n=71)	TDM (n=18)	TCA (n=24)	Cocaína (n=22)	$\chi^2_{(4)}$
Incremento frecuencia	85,7	68,6	83,3	58,3	50,0	9,34*
Ansiedad o nerviosismo	90,5	81,4	83,3	54,2	36,4	25,57***
Interferencia	95,2	71,4	77,8	70,8	54,5	9,40*
Pensamiento-realidad	9,5	45,7	11,1	0,0	0,0	37,46***
No se pasaba	95,2	71,4	83,3	75,0	54,5	10,37*
Miedo volverse loco	47,6	47,7	16,7	37,5	18,2	9,77*
No lo controlaba	95,2	77,1	77,8	87,5	86,4	4,69
Mala persona	0,0	18,6	16,7	12,5	18,2	4,78
Tristeza	71,4	57,1	72,2	66,7	31,8	10,02*
Salud corría peligro	71,4	30,0	44,4	58,3	50,0	5,86
Miedo a que aumentara	81,0	62,5	77,8	83,3	63,6	5,22
Se lo recomendó otra persona	38,1	40,6	61,1	79,2	50,0	12,70**
Pensar que era algo malo	52,4	43,5	16,7	33,3	40,9	6,24
Miedo	95,2	59,6	50,0	50,0	22,7	23,96***
Dominaba la vida	90,5	62,1	72,2	79,2	59,1	7,39

*p≤ 0,05; **p≤ 0,01; ***p≤ 0,001. Los datos son %

DISCUSIÓN

1. El proceso de búsqueda de ayuda profesional y la importancia de su evaluación

Dado que la búsqueda de ayuda profesional es un proceso complejo, se requiere un instrumento de evaluación que pueda apresar el conjunto de variables que lo componen. La *Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional* ha resultado ser un instrumento útil. El hecho de haber sido diseñada como entrevista permite recabar una información más detallada, en la que se combina información cuantitativa y cualitativa. Además, la estructura que da forma a la entrevista recoge lo esencial del proceso. Frente a instrumentos más específicos que se centran en una etapa del proceso, en los motivos de demora y consulta, o en los recursos de los que se recibe ayuda, la entrevista de este estudio intenta aunar el máximo de información en un único instrumento y para ello delimita temporalmente las etapas de reconocimiento, de revelación del problema y de consulta con un profesional sanitario y apresa los motivos que favorecen el reconocimiento del trastorno, los motivos que dificultan la búsqueda de ayuda profesional y las variables facilitadoras de la solicitud de tratamiento.

El hecho de contemplar las variables motivacionales del proceso ha permitido encontrar una estructura subyacente de 3 factores que refleja la influencia de los síntomas emocionales y de la vivencia de pérdida de control sobre la solicitud de ayuda profesional, la influencia de las sensaciones positivas y de la minimización de los síntomas y/o de sus consecuencias sobre la demora en reconocer el problema y en solicitar ayuda profesional, y la repercusión negativa del estigma personal y social sobre la decisión de buscar tratamiento. Estos resultados se corresponden con los hallazgos informados en la literatura que indican que las personas con más probabilidad de pedir ayuda son aquellas a las que más interferencia producen sus síntomas en la vida cotidiana (Andrews et al., 2001a; Andrews et al., 2001b). Además, la literatura también ha destacado la consideración negativa por parte de los demás de las personas con patología mental y cómo esa consideración condiciona el apoyo social y la búsqueda de ayuda profesional (Link et al., 1999; Yap y Jorm, 2011). Por otra parte, la influencia negativa de la minimización del problema sobre el reconocimiento encontrada en el presente estudio podría enlazarse con la idea de Saunders (1993) que identificó el reconocimiento del problema como una de las etapas más difíciles del proceso de búsqueda de ayuda. Además, esa influencia sobre el reconocimiento y sobre la solicitud de tratamiento podría reflejar la influencia de la

educación sobre salud mental, del entorno social y del estigma ya que la minimización del problema podría deberse a una escasez de conocimientos, a una dificultad del entorno para favorecerlo o para reconocerlo y a una estrategia para evitar el posible rechazo social que supondría reconocer el problema y solicitar ayuda profesional.

Los tres factores que componen la estructura subyacente de la entrevista explicaron un 29% de la misma y el mayor peso recayó sobre el factor relacionado con los motivos de consulta, lo que sugiere que este conjunto de variables es el más importante a la hora de determinar cuándo una persona va a solicitar ayuda profesional, si bien su mayor peso podría deberse también a su mayor representatividad en la entrevista.

2. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno obsesivo-compulsivo

2.1. Período de reconocimiento del problema

Poco más de la mitad de la muestra (52,1%) afirmó haber reconocido el trastorno de manera temprana, de forma que el tiempo medio en reconocerlo fue de 27,26 meses.

Los **motivos principales que favorecieron el reconocimiento** fueron la ansiedad y la interferencia que generaban el problema y la falta de control sobre el mismo, lo cual resulta lógico teniendo en cuenta la elevada repercusión negativa que tiene el trastorno sobre el funcionamiento cotidiano de los pacientes. Aunque no estuvo entre los motivos más señalados, la observación de cambios en el comportamiento fue indicado por más de la mitad de los pacientes, siendo las compulsiones el principal cambio que los pacientes percibieron. Por otra parte, aunque la participación del entorno en el reconocimiento fue el motivo menos señalado, jugó un papel importante en un porcentaje relevante de pacientes. Cabría pensar que la elevada ocultación del trastorno pudiera contribuir a no ser uno de los motivos más señalados o que la interferencia y el malestar que el TOC genera permitieran al paciente reconocerlo como un problema sin necesidad de otras personas. En los casos en que alguien participó en ese reconocimiento, la familia fue quien jugó el papel más importante, transmitiendo al paciente que lo que hacía no era normal y que constituía un problema. La relevancia de la familia en el reconocimiento del problema resulta lógica teniendo en cuenta que en muchos casos se ve obligada o presionada por el paciente a participar en los rituales compulsivos (Albert et al., 2010a; Stengler-Wenzke et al., 2006).

Destaca la elevada relación entre sí de los diferentes motivos de reconocimiento, de forma que la frecuencia, la interferencia y los cambios en el comportamiento se relacionaron entre sí y se asociaron con la aparición de ansiedad y tristeza. Por otra parte, la interferencia se relacionó con la falta de control, lo que es sin duda un resultado lógico y hasta esperable, puesto que indica que a pesar de los intentos de los pacientes por controlar sus obsesiones mediante todo tipo de estrategias de neutralización (incluyendo las compulsiones), no consiguen deshacerse del problema. De hecho, las propuestas cognitivas de autores como Clark (2005), Purdon, Rowa y Antony (2005) o Salkovskis (1999), entre otros, sobre el papel fundamental que tienen las dificultades de control sobre la gravedad del TOC se ven en cierto modo reforzadas por nuestros resultados. De ahí que únicamente sean los

cambios en el comportamiento los que favorecen que alguien del entorno ayude a reconocer el problema. Estos cambios en el comportamiento han sido señalados por diversos autores, como la línea roja que diferenciaría las intrusiones obsesivas “normales” de las obsesiones patológicas, ya que es sobre estas sobre las que las personas sienten la necesidad de “tomar medidas” para controlarlas (Amir, Cashman y Foa, 1997; Belloch, Morillo y García-Soriano, 2009; Freeston y Ladouceur, 1997; Ladouceur, Freeston, Rheaume, Dugas, Gagnon et al., 2000; Salkovskis, Thorpe, Wahl, Wroe y Forrester, 2003). De todo ello, se deduce que el impacto del trastorno sobre el funcionamiento cotidiano fue el principal factor de reconocimiento. Destaca, además, la importancia de las manifestaciones externas del trastorno, sobre todo las compulsiones, en la detección del mismo por parte del entorno.

Respecto a la asociación de las **variables sociodemográficas** con el tiempo que se prolongó este período, solo la edad resultó relevante, de forma que los pacientes de menos edad tardaron menos en reconocer el problema. En referencia a los motivos que favorecieron el reconocimiento, las mujeres destacaron la influencia de la interferencia en el reconocimiento del problema, mientras que los pacientes con más nivel de estudios señalaron la participación de otras personas en dicho reconocimiento. Este último resultado podría explicarse por el hecho de que los pacientes con un nivel académico más alto puedan pertenecer un grupo social con más conocimientos sobre la salud mental.

Al contrario que las variables sociodemográficas, las **variables clínicas** tuvieron una mayor relevancia en este período. Los pacientes que tardaron más en reconocer el problema fueron aquellos con más tiempo de evolución del trastorno, probablemente por influencia de la habituación al trastorno. Por otra parte, los que tardaron menos en hacerlo fueron los que presentaron mayor malestar asociado a las obsesiones. De hecho, este malestar resultó ser una variable predictora del tiempo de reconocimiento. La influencia del malestar secundario a las obsesiones podría estar relacionado con el impacto que las obsesiones tienen sobre la calidad de vida que resulta incluso más elevado que el que originan las compulsiones por su consideración de intrusivas, incontrolables y molestas (Eisen et al., 2006; Fullana et al., 2009; Mansellis et al., 2003; Rodríguez-Salgado et al., 2006). Respecto al contenido de las obsesiones, mientras que las referentes a sexo, inmoralidad y religión se asociaron con tardar más en reconocer el problema, las relacionadas con enfermedades se asociaron con tardar menos.

Finalmente, los pacientes con un TOC de menos evolución y con un mayor nivel de *worry* destacaron la tristeza como motivo de reconocimiento, mientras que los pacientes con menor deterioro de la calidad de vida en general y con menos afectación en la calidad de vida a nivel depresivo destacaron la influencia de la ansiedad en el reconocimiento.

2.2. Período de revelación del problema

Como cabía esperar, tardar en reconocer el trastorno contribuyó a tardar en hablar por primera vez de él, concretamente 40,60 meses de tiempo medio. Lo que contaron los pacientes en ese momento hizo referencia al contenido de sus obsesiones y/o compulsiones. La persona con la que los pacientes hablaron por primera vez fue la pareja o un familiar y el motivo fundamental por el que lo hicieron fue buscar ayuda, comprensión y apoyo. La búsqueda de desahogo, alivio y liberación fue también destacada como uno de los motivos de revelación de las obsesiones en el estudio de Newth y Rachman (2001).

Respecto a la participación de las **variables sociodemográficas** en este período, solo la edad jugó un papel importante, de forma que los pacientes de menos edad tardaron menos en hablar por primera vez del problema, coincidiendo con el resultado obtenido en el período de reconocimiento.

Por otra parte, las **variables clínicas** tuvieron una mayor relevancia también en este período. Los pacientes que tardaron menos en hablar de su problema fueron aquellos con mayor malestar asociado a las obsesiones, con menos tiempo empleado en las compulsiones, con un TOC de menos evolución, con más nivel de *worry* y con menor número de experiencias vitales. De hecho, el tiempo de evolución y el malestar asociado a las obsesiones resultaron variables predictoras del tiempo empleado en hablar del problema. El malestar ante las obsesiones también fue uno de los motivos que favorecieron la revelación de las obsesiones en el estudio de Newth y Rachman (2001). Respecto al contenido de las obsesiones, las relacionadas con sexo, inmoralidad y religión se asociaron con tardar menos en revelar el problema, mientras que las de contenido agresivo se asociaron con tardar más tiempo en hacerlo, probablemente por la influencia, en éstas últimas, del estigma personal y el miedo al rechazo social. De hecho, la influencia del rechazo social, de la vergüenza y la culpa fue señalada en el estudio de Newth y Rachman (2001) como motivos para ocultar las

obsesiones. El temor a las críticas y al rechazo social también podría explicar el hecho de que los pacientes que más tiempo emplearon en las compulsiones tardaran más tiempo en hablar del problema.

2.3. Período de solicitud de ayuda profesional

Los pacientes que tardaron más en reconocer el problema y en hablar de él también tardaron más en solicitar ayuda profesional, lo cual se corresponde con el estudio de Demet et al. (2010), en el que se encontró que un pobre insight se asoció con más demora en la búsqueda de ayuda. Además, en el presente estudio tardar más en reconocer el problema y en hablar de él se asoció con demorar la solicitud de tratamiento por considerar que el problema molestaba poco. El hecho de que tardar en hablar del problema contribuyera a minimizar su importancia y por tanto a demorar la búsqueda de ayuda profesional, podría reflejar la influencia del entorno del paciente a la hora de contribuir a desarrollar la toma de conciencia de la relevancia del problema. De hecho, Coles y Coleman (2010) afirmaron que el TOC es uno de los cuadros psicopatológicos más reconocidos por la población general como trastorno mental. Por otra parte, un reconocimiento basado en la ansiedad, la interferencia, la tristeza y los cambios en el comportamiento se relacionó con tardar menos en solicitar ayuda profesional. Cabe destacar que el tiempo de demora en la búsqueda de tratamiento encontrado en el presente estudio (53,01 meses) fue inferior al encontrado en la mayoría de los estudios (Cullen et al., 2008; Demet et al., 2010; Hollander et al., 1996; Pinto et al., 2006; Real et al., 2011). Las razones para que los pacientes de nuestro contexto tardaran menor tiempo en solicitar ayuda profesional, frente a los resultados encontrados en los estudios mencionados llevados a cabo en contextos anglosajones, pueden ser varias. Por un lado, puede que en nuestro contexto la mayor accesibilidad (a pesar de los problemas) y especialmente la universalidad de la atención sanitaria a la que tienen derecho los ciudadanos, esté en la base de ese menor tiempo. Por otro lado, puede que la resistencia a solicitar ayuda profesional por trastornos mentales por la estigmatización social que conlleva sean asimismo menores en nuestro contexto. En todo caso, estas razones no dejan de ser especulaciones que requerirían un estudio más específico que se aleja de los objetivos de este trabajo.

Un alto porcentaje de pacientes (84,5%) reconoció la conveniencia de haber solicitado tratamiento inmediatamente después de reconocer el problema, con el

objetivo fundamental de evitar un empeoramiento. El primer profesional del que recibieron atención fue principalmente el MAP, seguido en menor medida por los especialistas de Salud Mental, lo cual es algo esperable debido al funcionamiento del sistema nacional de salud, en el que el MAP es la puerta de entrada a los especialistas.

Respecto a la relación entre las **variables sociodemográficas** y la duración de este período, los pacientes de menos edad y los solteros tardaron menos en solicitar tratamiento. Esa asociación con la edad sigue la línea de los períodos anteriores y corrobora los estudios que han asociado una menor edad con más probabilidad de buscar tratamiento y de hacerlo más tempranamente (Chong et al., 2012; Cullen et al., 2008). El resultado respecto al estado civil contrasta con el estudio de Demet et al. (2010), en el que los solteros o separados presentaron más demora en la solicitud de tratamiento.

Respecto a la relación con las **variables clínicas**, los pacientes con un inicio del trastorno más tardío, con menor tiempo de evolución, con obsesiones relativas a enfermedades y con más nivel de *worry* también tardaron menos tiempo en solicitar tratamiento. La asociación entre inicio tardío y solicitud de tratamiento más temprano coincide con los resultados presentes en la literatura (Belloch et al., 2009; Demet et al., 2010; Grant et al., 2007). También se ha confirmado la asociación entre el tiempo de evolución y la solicitud de tratamiento, ya que estudios previos encontraron mayor tiempo de evolución en personas que no buscaron tratamiento (Besiroglu et al., 2004) o que presentaron más demora en la solicitud del mismo (Demet et al., 2010). Por otra parte, frente a estudios que han relacionado la gravedad general del TOC o de las subescalas del YBOCS con la búsqueda de tratamiento (Besiroglu et al., 2004; Torres et al., 2007), en el presente estudio no se obtuvo esa asociación. Únicamente se encontró una tendencia a relacionarse con aspectos concretos de la gravedad de las obsesiones (i.e. el tiempo empleado en las obsesiones). Al igual que se ha visto en los períodos de reconocimiento y revelación, esa tendencia respecto al período de consulta irían en la línea del estudio de Fullana et al. (2009), en el cual la búsqueda de ayuda se asoció con la presencia de obsesiones y no con la presencia de compulsiones, y nuevamente podría responder a la relevancia diferencial que las obsesiones y compulsiones tienen sobre el deterioro en la calidad de vida, encontrando un mayor impacto general de las obsesiones (Eisen et al., 2006; Fullana et al., 2009; Mansellis et al., 2003; Rodríguez-Salgado et al., 2006).

Por otro lado, los pacientes con obsesiones con contenido sexual, inmoral y/o religioso fueron los que más tardaron en solicitar ayuda profesional, seguidos de los que presentaron obsesiones de contaminación y limpieza y superstición o magia. Cabe pensar que las obsesiones de contenido sexual generen más vergüenza y culpabilidad y por ello vayan asociadas a más demora en la solicitud de tratamiento. Estos resultados contrastan con el estudio de Mayerovitch et al. (2003), en el que el grupo que buscó tratamiento presentaba obsesiones más graves de agresión y de otros pensamientos desagradables y obsesiones más graves de contaminación y/o duda, sin embargo, fueron las obsesiones graves de agresión y de otros pensamientos desagradables las que resultaron predictoras de la búsqueda de tratamiento. De la misma manera, Besiroglu et al. (2004) encontraron que las obsesiones de contenido agresivo y religioso fueron menos frecuentes en el grupo que no buscó tratamiento que en el que sí lo hizo. Sin embargo, los resultados del presente estudio apoyarían la idea de Simonds y Thorpe (2003), quienes consideraron que, aunque las obsesiones de contenido blasfemo y las compulsiones de lavado eran consideradas más problemáticas, a la persona le resultaría más difícil revelarlas y buscar tratamiento.

A pesar de la influencia de todas estas variables, la única que resultó predictora de este período fue el deterioro en la calidad de vida en el plano depresivo. Este resultado apoyaría la idea de que la sintomatología depresiva es el principal motivo de consulta en pacientes con TOC (Zimmerman y Mattia, 2000), por lo que esta consulta no se produce hasta que no existe un deterioro a nivel depresivo y de la afectación en la calidad de vida en general (Cullen et al., 2008), aunque en el presente estudio dicho deterioro se concretaría solo en el área depresiva.

2.3.1. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que contribuyeron a demorar** la búsqueda de ayuda profesional fueron el considerar el problema algo pasajero y controlable y el sentimiento de vergüenza. Estos motivos también fueron las principales razones de demora en el estudio de Belloch et al. (2009). En el presente estudio, aparte de la vergüenza, otros motivos asociados al estigma personal y social (i.e. el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental, el miedo al rechazo y el sentimiento de culpa) fueron señalados por un importante porcentaje de pacientes, lo cual refleja el papel relevante que juega el estigma en este trastorno. Cabe destacar que ningún motivo fue

señalado por un elevado porcentaje de pacientes, sino que el peso se repartió de forma moderada entre una amplia variedad de motivos, lo cual refleja la complejidad de razones que participan en demorar la solicitud de tratamiento en el TOC. Los motivos relacionados con la vivencia de poder manejar solo el problema y el estigma social y/o el sentimiento de vergüenza han sido destacados por la literatura (Goodwin et al., 2002; Marques et al., 2010; Salkovskis, 1990, en Simonds y Elliott, 2001).

Respecto a cómo se relacionaron los distintos motivos de demora, cabe destacar la asociación entre los motivos vinculados al estigma social, ya que la vergüenza se relacionó con el sentimiento de culpa y el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental y tanto la vergüenza como el miedo a la etiqueta de enfermo mental se asociaron a miedo al rechazo. Por otra parte, ese miedo a la etiqueta de enfermo mental se reflejó en un miedo al tratamiento y una desconfianza de la ayuda profesional y, probablemente como una forma de afianzarse en una evitación de esos miedos, apareció la relación con no considerar peligroso el trastorno. De esta manera el paciente no percibe la necesidad de solicitar ayuda profesional, lo cual a su vez favorece no tener que enfrentarse al malestar personal ni al rechazo social asociado, según él, a recibir tratamiento. La dinámica observada entre estos motivos parece corresponderse con el ciclo de evitación de Biddle et al. (2007).

En referencia al papel de las **variables sociodemográficas**, los pacientes de menos edad, los hombres, los solteros y los que tenían menos nivel socioeconómico demoraron la solicitud de tratamiento por minimizar el problema: los pacientes de menos edad por pensar que se pasaría, los hombres y los solteros por considerarlo poco frecuente y los de bajo nivel socioeconómico por considerar que molestaba poco. Por otra parte, los pacientes con menos nivel académico destacaron la desconfianza hacia la ayuda profesional. Cabe destacar que, a pesar de que los pacientes de menos edad y los solteros tardaron menos en buscar tratamiento, en ellos también influyeron algunos motivos de demora. El resultado respecto al nivel socioeconómico iría en la línea del estudio de Demet et al. (2010), en el que las personas con menos nivel socioeconómico presentaron más demora. Por otra parte, el resultado respecto al nivel de estudios contrasta con el estudio de Belloch et al. (2009), en el que se obtuvo menor demora en pacientes con menor nivel educativo.

Respecto a las **variables clínicas**, los pacientes con un TOC más grave destacaron la desconfianza de la ayuda profesional, mientras que los que tenían un TOC menos grave señalaron la ausencia de interferencia. Además, la presencia de

obsesiones agresivas contribuyó a demorar la solicitud de tratamiento por considerar que el problema molestaba poco. Este resultado contrasta con el estudio de Vorstenbosch et al. (2012), en el que encontraron que las obsesiones de contenido agresivo, sexual y religioso predijeron la interferencia en el funcionamiento global, en el estilo de vida y en la realización de actividades. Por otra parte, los pacientes con más resistencia y control sobre las obsesiones destacaron motivos asociados con minimizar el problema (i.e. no considerarlo peligroso, pensar que se pasaría) y con percibir que lo podían controlar, mientras que los pacientes con más resistencia y control sobre las compulsiones destacaron la importancia del miedo al rechazo.

Los pacientes con un TOC de más larga evolución indicaron que el problema les molestaba poco, mientras que los que tenían un TOC de menor evolución destacaron que pensaban que el problema se pasaría. La percepción de que el problema molestaba poco también fue señalada por los pacientes con más deterioro en la calidad de vida, con más afectación de la calidad de vida en el área depresiva y con menos nivel de *worry*. Estos resultados parecen reflejar una habituación al trastorno secundaria a una larga evolución, a pesar del deterioro en la calidad de vida, lo cual dificulta la toma de conciencia del problema y la búsqueda de ayuda. Por otra parte, los pacientes con más nivel de *worry* señalaron el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental y la creencia de que los pensamientos se podían hacer realidad. Finalmente, los pacientes con sintomatología depresiva más grave también indicaron el temor a la etiqueta de loco o enfermo mental y la ausencia de personas con las que hablar del problema. Esta ausencia de personas con las que hablar podría relacionarse con el deterioro del TOC en el área interpersonal añadido al aislamiento social depresivo y al miedo al rechazo social.

2.3.2. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que favorecieron la consulta** con un profesional sanitario fueron la ansiedad, la falta de control, la interferencia y la elevada presencia del trastorno. Estos también fueron los motivos más señalados en el estudio de Belloch et al. (2009). De entre ellos, la falta de control y la interferencia, junto con considerar el problema algo malo, se asociaron a tardar menos en solicitar tratamiento. Aunque no fue ampliamente señalado, el motivo de consulta relacionado con el

estigma personal (i.e. considerar que era o se había vuelto mala persona) estuvo presente en un porcentaje elevado de pacientes.

Destaca la gran conexión entre los diferentes motivos que favorecieron la búsqueda de ayuda, de forma que aspectos relacionados con la afectación emocional, la interferencia, la falta de control, la persistencia del problema y el miedo se relacionaron entre sí para contribuir a la búsqueda de tratamiento. Esto puede responder al hecho de que los pacientes deciden solicitar ayuda profesional tras haber acumulado una gran cantidad de vivencias negativas asociadas a trastorno, las cuales permiten percibir la conveniencia de hacerlo. Esta circunstancia, junto con la elevada ocultación de la sintomatología obsesivo-compulsiva, explicaría que un elevado porcentaje de pacientes no señalara la influencia de terceras personas en la búsqueda de tratamiento. En los casos en que hubo recomendación por parte del entorno, ésta provino fundamentalmente de la familia o la pareja, quienes evidenciaron que el paciente estaba mal o tenía un problema o destacaron la interferencia en áreas personales.

Respecto al papel de las **variables sociodemográficas**, cabe destacar lo siguiente. Los pacientes de menos edad consultaron con un profesional al comprobar que el problema no se pasaba, que les interfería, por no controlarlo, por tristeza y por pensar que los pensamientos se podían hacer realidad. La solicitud de tratamiento en el caso de los hombres se produjo por miedo a que el problema aumentara o empeorara. Los casados o con pareja estable consultaron por considerar que el trastorno dominaba sus vidas. Finalmente, los pacientes con menor nivel socioeconómico señalaron el miedo a lo que le pasaba y a volverse loco, mientras que los pacientes con más nivel socioeconómico destacaron la importancia de la ansiedad.

La influencia de las **variables clínicas** sobre este período también fue muy relevante. Los pacientes con un TOC y compulsiones más graves y con más tiempo empleado en las compulsiones destacaron la vivencia de que el problema dominaba sus vidas.

La presencia de obsesiones agresivas y obsesiones relacionadas con sexo, inmoralidad y religión contribuyeron a consultar por pensar que los pensamientos se podían hacer realidad, y en el caso de este último tipo de obsesiones por la presencia además de estigma personal (i.e. pensar que eran o se habían vuelto malas personas). Los pacientes con más control sobre las obsesiones destacaron la

importancia de la frecuencia del problema. Una menor influencia del entorno en la solicitud de tratamiento se dio en los pacientes que más tiempo empleaban en las obsesiones, probablemente porque el miedo asociado al problema y el pensar que los pensamientos se podían hacer realidad provocó que los pacientes consideraran por sí mismos la conveniencia de solicitar tratamiento, lo cual se corresponde con el hecho de los pacientes que más tiempo emplearon en las obsesiones mostraran una tendencia a tardar menos en solicitar tratamiento.

Finalmente, los pacientes con un TOC de inicio más tardío destacaron la importancia de pensar que la salud corría peligro. Los pacientes con un TOC de menor evolución indicaron la consideración del problema como algo malo, que no se controla, que no desaparece y que produce tristeza. Los pacientes con más deterioro en la calidad de vida en el área somática resaltaron que el problema no se pasaba. Los pacientes con más nivel de *worry* señalaron la interferencia, la tristeza, la consideración del problema como algo malo y el miedo a volverse loco. La importancia de la interferencia también fue indicada por los pacientes con sintomatología depresiva más grave. Nuevamente, resulta relevante el papel de la sintomatología depresiva en la búsqueda de tratamiento y su presencia conlleva la percepción de interferencia asociada al TOC, lo cual corrobora la idea planteada por Welkowitz et al. (2000) de que un aumento en la interferencia es producto de la presencia de más de un trastorno.

3. Perfil de búsqueda de ayuda en la Agorafobia

3.1. Período de reconocimiento del problema

La mayoría de la muestra (81%) afirmó reconocer el trastorno de manera temprana, lo cual coincidió con que el tiempo medio de reconocimiento fuera de apenas 3,76 meses.

Los **motivos principales que favorecieron el reconocimiento** fueron la interferencia, la ansiedad y la falta de control, de hecho la interferencia se asoció con tardar menos en reconocer el problema y fue el motivo que más asociación mostró con el resto de motivos que favorecieron el reconocimiento. El papel tan importante de la interferencia se corresponde con el deterioro que la agorafobia provoca en la calidad de vida del paciente (Cramer et al., 2005; Guan et al., 2011). Así mismo, la observación de cambios en el comportamiento fue un motivo señalado por muchos pacientes, y, en concreto, la irritabilidad y la evitación de lugares o situaciones fueron percibidas por ellos como los principales cambios en el comportamiento que favorecieron el reconocimiento del problema. Por otra parte, un bajo porcentaje de pacientes señaló que el entorno contribuyera a reconocer el problema, lo cual podría explicarse por el hecho de que la sintomatología y el malestar asociados fueran suficientes como para que los pacientes reconocieran el problema sin necesidad de que otras personas favorecieran ese reconocimiento. Este argumento está apoyado por el hecho de que la ansiedad y la interferencia se asociaron con una menor contribución del entorno al reconocimiento. En los casos en que alguien participó en ese reconocimiento, la familia fue quien jugó el papel más importante, seguido en menor medida de los amigos y los profesionales de la salud mental. El argumento principal que todos ellos emplearon fue que no era normal lo que le pasaba al paciente y que constituía un problema.

Respecto a la influencia de las **variables sociodemográficas** en este período, los pacientes con apoyo social y con mayor nivel socioeconómico presentaron un reconocimiento más temprano. De hecho, el nivel socioeconómico resultó ser una variable predictora del tiempo de reconocimiento. Por otra parte, tanto los solteros como los casados o con pareja estable destacaron la importancia de la interferencia en el reconocimiento.

Respecto a la influencia de las **variables clínicas**, los pacientes con agorafobia y sin trastorno de pánico señalaron en mayor medida la interferencia como motivo de

reconocimiento, mientras que los pacientes con menor nivel de *worry*, con sintomatología depresiva menos grave y con menor número de experiencias vitales indicaron la pérdida de control. Resulta llamativo que los pacientes con un cuadro agorafóbico más puro son los que identificaron la interferencia y la pérdida de control asociadas a la agorafobia. Esto se puede explicar por el hecho de que la ausencia de otras complicaciones psicopatológicas o vitales permite a los pacientes atribuir el malestar y la interferencia a la agorafobia y poderla reconocer así como un problema psicológico.

3.2. Período de revelación del problema

Al contrario de lo que cabría esperar, el tiempo de reconocimiento no se asoció significativamente con el tiempo de revelación (27,55 meses de media), lo cual conlleva que, aunque los pacientes identificaran pronto su trastorno, no necesariamente hablaron pronto de él con otra persona. De hecho, la dispersión en el tiempo de revelación es muy elevada en comparación a la dispersión encontrada en el tiempo de reconocimiento. Por lo tanto, mientras que hay pacientes que hablaron del problema de forma inmediata a reconocerlo, hay otros que, a pesar de reconocerlo tardaron en hablar de él, probablemente influidos por el miedo al estigma social o porque el aislamiento social secundario a la agorafobia impidió disponer de personas con las que hablar. En el momento de revelar el problema, la persona con la que hablaron por primera vez fue principalmente un familiar o la pareja y el motivo fundamental por el que lo hicieron fue buscar ayuda, comprensión y apoyo. La información principal de la que los pacientes hablaron hizo referencia a síntomas específicos de la agorafobia.

Respecto a la asociación con las **variables sociodemográficas y clínicas**, solo la edad y el tiempo de evolución del trastorno resultaron relevantes, de manera que los pacientes de más edad y los que tenían una agorafobia de más evolución tardaron más en hablar por primera vez del problema. De hecho, ambas variables fueron predictoras del tiempo de revelación.

3.3. Período de solicitud de ayuda profesional

Al igual que en el período de revelación, el tiempo que tardaron los pacientes en reconocer su problema no se asoció con el tiempo que tardaron en buscar ayuda profesional, de hecho la duración del período de consulta mostró una elevada dispersión. A pesar de este resultado, se obtuvo que los pacientes que tardaron menos en reconocer el problema, cuando consultaron con un profesional, lo hicieron porque el problema se hizo más frecuente, porque producía ansiedad y porque no se controlaba. Por otra parte, tardar más tiempo en hablar del problema sí se asoció con tardar más tiempo en solicitar tratamiento (47,18 meses de tiempo medio), de hecho los pacientes que tardaron en hablar del problema demoraron la búsqueda de tratamiento por miedo al rechazo y por no tener con quién hablar del problema. Estos resultados confirman el argumento aportado más arriba respecto a la influencia del estigma social y del aislamiento social en la revelación del problema, y que por tanto pudo influir también en la consulta con un profesional sanitario.

Casi la totalidad de los pacientes (95,2%) reconocieron la conveniencia de haber solicitado ayuda profesional nada más reconocer el problema, con la finalidad principal de evitar un empeoramiento. El primer profesional del que recibieron atención fue principalmente el médico de atención primaria. Los especialistas de Salud Mental apenas atendieron en primer lugar a estos pacientes, lo que responde al mecanismo de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, del que se recabaron los pacientes que participaron en este estudio y en el que el MAP es la puerta de entrada a los especialistas.

Respecto a la relación entre las **variables sociodemográficas y clínicas** y la duración de este período, los pacientes de más edad y con una agorafobia de más larga evolución tardaron más en solicitar tratamiento. De hecho, ambas variables resultaron variables predictoras. Estos datos coinciden con los encontrados en el período de revelación, lo cual parece corroborar la importante conexión de ambos períodos en este trastorno. Los pacientes con trastorno de pánico asociado a la agorafobia mostraron una tendencia, no significativa, a tardar más tiempo en solicitar tratamiento. Este resultado contrasta con el estudio de Wittchen et al. (1998) en el que la presencia en la agorafobia de, al menos, ataques de pánico parciales favoreció la solicitud de tratamiento por parte de profesionales sanitarios.

3.3.1. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que contribuyeron a demorar** la búsqueda de ayuda profesional fueron pensar que el problema se pasaría y que se podía controlar, los cuales destacaron frente a todos los demás por ser mayoritariamente elegidos. Aunque no estuvieron entre los más señalados, los motivos relacionados con el estigma personal y social tuvieron una presencia muy relevante, especialmente la vergüenza. De hecho, el miedo al rechazo, junto con el no tener a quién contarlo, se asoció con tardar más en solicitar ayuda profesional.

La importancia del estigma social se confirmó en las relaciones entre los motivos de demora, dado que la vergüenza y el miedo al rechazo y a la etiqueta de loco o enfermo mental fueron los motivos que más correlaciones presentaron. Destaca la asociación entre el no tener con quién hablar del problema y el miedo al rechazo, lo cual haría suponer que la ausencia de alguien que pudiera ofrecer comprensión o apoyo contribuiría a afianzar el temor al rechazo social.

En referencia a la contribución de las **variables sociodemográficas**, mientras los pacientes de menos edad destacaron la desconfianza de la ayuda profesional, los de más edad indicaron la ausencia de personas con las que hablar del problema. Por otra parte, los hombres resaltaron los sentimientos de culpa y los solteros consideraron el problema poco peligroso. Finalmente, los pacientes con apoyo social y con más nivel de estudios consideraron que podían controlar el problema. Además, estos últimos destacaron la ausencia de interferencia. Respecto a estos resultados, cabe señalar la asociación entre el género y el estigma personal, con mayor relevancia en el caso de los hombres. Además, resulta llamativo el papel del entorno en la demora de ayuda profesional. En este sentido, los pacientes que no tenían pareja minimizaban el problema, probablemente por no disponer de una persona cercana que destacaran la interferencia que generaba el trastorno. Además, los pacientes que contaban con apoyo social se consideraban capaces de controlar el problema, posiblemente en un intento de ocultarlo por temor al rechazo social. Cabe considerar que este mismo mecanismo se dio en los pacientes con más nivel académico.

Con relación a la asociación de las **variables clínicas**, los pacientes con una agorafobia menos grave y, más concretamente, con menos conductas de evitación y menos respuestas psicofisiológicas señalaron que el trastorno era poco frecuente y que lo consideraban algo pasajero, mientras que los pacientes con una agorafobia

más grave a nivel de respuestas cognitivas indicaron el temor a que los pensamientos se hicieran realidad si se los decían a alguien. Resulta, por tanto, lógico que una menor gravedad supusiera una minimización del problema. Por otra parte, los pacientes con una agorafobia de menor evolución y con comorbilidad con otro TM destacaron la vivencia de control sobre la agorafobia. Sin embargo, los pacientes con una agorafobia de más evolución indicaron el miedo al rechazo y la falta de personas con las que hablar sobre el problema, lo cual estaría relacionado con el aislamiento social frecuente en la agorafobia. Por otra parte, los pacientes sin trastorno de pánico destacaron la consideración del problema como algo pasajero y la desconfianza de la ayuda profesional, mientras que los pacientes con trastorno de pánico señalaron no saber con quién hablar del problema. Además, los pacientes con mejor calidad de vida en general, pero con más deterioro en el área social destacaron la importancia de motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e miedo al rechazo, sentimientos de culpa). Finalmente, los pacientes con menos nivel de *worry* y una depresión menos grave señalaron la vivencia de control sobre el trastorno y la consideración de ser pasajero, respectivamente.

3.3.2. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que favorecieron la consulta** con un profesional sanitario fueron la interferencia, que el problema no se pasaba, la falta de control, el miedo al trastorno, la ansiedad y la vivencia de que la vida era dominada por el problema. De entre ellos, la interferencia se asoció con tardar menos tiempo en solicitar ayuda profesional, lo cual confirma nuevamente el impacto que la agorafobia tiene en la calidad de vida de los pacientes. Fueron muchos los motivos señalados por la mayoría de los pacientes, lo cual implica la amplia variedad de razones que favorecen la búsqueda de tratamiento. Nuevamente, llama la atención que un relativo bajo porcentaje de la muestra indicara que pidió ayuda por recomendación de otra persona. Como en el caso del reconocimiento del problema, puede estar relacionado con la falta de necesidad de que otros favorezcan la búsqueda de tratamiento porque el malestar e interferencia generados por el problema son suficientes para que los pacientes por sí solo consideren la conveniencia de hacerlo. En los casos en que hubo recomendación por parte del entorno, ésta provino fundamentalmente de la familia o la pareja, quienes evidenciaron que el paciente estaba mal o tenía un problema. Respecto a la relación entre los motivos de consulta, destaca que el papel

fundamental de la frecuencia del problema, la ansiedad y la interferencia que genera y la pérdida de control.

En referencia a la asociación con las **variables sociodemográficas**, los pacientes de menos edad señalaron la interferencia, mientras que los casados o con pareja estable, los que contaban con apoyo social y los que tenían mayor nivel socioeconómico indicaron la pérdida de control. Además de este motivo, los pacientes de menos edad señalaron la recomendación por parte del entorno y los que contaban con apoyo social y con más nivel socioeconómico indicaron la presencia de ansiedad. Por otra parte, los pacientes con menos nivel de estudios destacaron la importancia de la tristeza. Destaca la influencia de la interferencia en los pacientes de menos edad, probablemente por ser personas con más áreas personales en desarrollo que resultan afectadas por el trastorno. Además, nuevamente resulta llamativo el papel del entorno familiar y social de cara a favorecer la búsqueda de tratamiento.

Respecto a la relación con las **variables clínicas**, los pacientes con una agorafobia más grave señalaron la importancia del miedo a volverse loco, de la tristeza y de la pérdida total de control. La vivencia de ser dominados por el trastorno también fue indicada por los pacientes con una sintomatología depresiva más grave y con más experiencias vitales. Los que presentaron más experiencias vitales también destacaron la influencia de la ansiedad. Además, los pacientes con un inicio más temprano de la agorafobia señalaron la consideración del trastorno como algo malo, mientras que los que presentaban un trastorno de menos evolución indicaron la influencia de la frecuencia y de la interferencia. Finalmente, los pacientes con mejor calidad de vida señalaron la importancia de creer que los pensamientos se podían hacer realidad si se los decían a alguien. Destaca, por tanto, el papel importante de la gravedad de la agorafobia, de la sintomatología depresiva comórbida y de las experiencias vitales asociadas. Además, un inicio temprano de la agorafobia contribuyó a ser vista por los pacientes como algo malo, probablemente por el impacto vital tan elevado que genera cuando su aparición ocurren en las primeras etapas de la vida.

4. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno depresivo mayor

4.1. Período de reconocimiento del problema

A pesar de que menos de la mitad de la muestra (44,4%) afirmó reconocer el trastorno de manera temprana, el tiempo medio de reconocimiento no fue elevado (4,56 meses).

Todos los **motivos que favorecieron el reconocimiento** fueron señalados por un alto porcentaje de pacientes. Sin embargo, entre ellos destacaron los siguientes: la ansiedad, la tristeza, los cambios en el comportamiento y la falta de control sobre el problema. Respecto a los cambios en el comportamiento, los que señalaron los pacientes como los principales hicieron referencia a síntomas depresivos (i.e. la tristeza, la apatía, la desmotivación, en desinterés y los sentimientos de inutilidad). En los casos en que alguien participó en ese reconocimiento, la pareja fue quien jugó el papel más importante, seguida en menor medida por la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Todos ellos argumentaron que no era normal lo que le pasaba al paciente y que tenía un problema.

Destaca la baja relación entre sí de los diferentes motivos de reconocimiento, encontrándose que los cambios en el comportamiento se asociaron con la interferencia y la vivencia de falta de control.

En lo referente a la influencia de las **variables sociodemográficas**, los pacientes de menos edad destacaron la importancia de la frecuencia del problema y de la participación de otras personas. Por otra parte, los pacientes casados o con pareja estable resaltaron la importancia de la interferencia que generaba el problema, probablemente porque la pareja contribuyó a evidenciar esa interferencia.

Respecto al papel que jugaron en este período las **variables clínicas**, los pacientes que más tardaron en reconocer el problema fueron aquellos con un TDM de más evolución y con comorbilidad con otro trastorno mental, probablemente porque una la cronificación contribuye a que el paciente se habitúe al problema y porque la comorbilidad puede llegar a enmascarar el trastorno. El tiempo de evolución y la presencia de llanto fueron variables predictoras del tiempo que tardaron los pacientes en reconocer el problema.

Por otra parte, los pacientes con una depresión menos grave y con un inicio más temprano del trastorno destacaron la importancia de la frecuencia del problema.

Además, los pacientes con menos sentimientos de culpa depresivos y con mayor deterioro de la calidad de vida en el área social señalaron la influencia de la interferencia originada por el trastorno. La relevancia del deterioro en el área social coincidiría con los estudios que destacan el elevado impacto del TDM sobre la calidad de vida y el funcionamiento cotidiano (Guan et al., 2011; Plaisier et al., 2010), por lo que este deterioro favorecería el reconocimiento del problema. De manera adicional, los pacientes con más nivel de *worry* destacaron el papel de la ansiedad en el reconocimiento.

Finalmente, la presencia de determinados síntomas (pérdida de placer y sentimientos de culpa), un inicio tardío del TDM, la presencia de comorbilidad médica y un mayor número de experiencias vitales, en su mayoría negativas, contribuyeron a una menor participación del entorno en el reconocimiento del problema, lo cual refleja que la presencia de estos síntomas y variables clínicas es suficientemente significativa para el paciente como para no requerir la influencia de otras personas en el reconocimiento.

4.2. Período de revelación del problema

Como cabía esperar, tardar más en reconocer el problema contribuyó a tardar más en hablar por primera vez de él (5,83 meses de tiempo medio). Se obtuvo una amplia variedad de personas con las que los pacientes hablaron por primera vez del trastorno, de forma que ninguna destacó con un alto porcentaje sobre las demás, siendo algo más seleccionada la pareja, seguida en menor medida por la familia, los amigos y los profesionales sanitarios no relacionados con la salud mental. Este resultado podría relacionarse con la aceptación social del trastorno depresivo, lo cual contribuye a que los pacientes tengan facilidad para revelarlo a diversas personas del entorno. El motivo fundamental de revelación fue la búsqueda de ayuda, comprensión y apoyo, y la información principal de la que los pacientes hablaron hizo referencia a síntomas depresivos (p.e. no tener ganas de nada, no valer para nada, encontrarse triste, tener ganas de llorar).

Respecto a la relación de las variables **sociodemográficas y clínicas** con este período, cabe señalar que sólo éstas últimas resultaron relevantes, de forma que los pacientes que más tardaron en hablar del problema fueron aquellos con un TDM de más evolución y con comorbilidad con otro trastorno mental. Al igual que en el período

de reconocimiento, la habituación asociada a la cronificación y que el trastorno depresivo quedara ensombrecido por otro TM pudieron contribuir a que el paciente no considerara la necesidad de hablar con otra persona del problema. El tiempo de evolución y la presencia de llanto fueron variables predictoras del tiempo de revelación.

4.3. Período de solicitud de ayuda profesional

Tardar en reconocer el problema y en hablar de él contribuyó a tardar en solicitar ayuda profesional. El tiempo medio de 8 meses que los pacientes tardaron en solicitar tratamiento coincide con el tiempo medio encontrado en la literatura (Monroe et al, 1991). Los pacientes que tardaron más en reconocer el problema y hablar de él demoraron la solicitud de tratamiento por miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental y acabaron consultando por considerar que eran o se habían vuelto malas personas, lo cual refleja el impacto del estigma personal y social sobre la búsqueda de tratamiento en los pacientes que reconocieron más tarde el problema y que tardaron en hablar de él. Además, los pacientes que tardaron más en hablar del problema demoraron la solicitud de tratamiento por desconfianza de la ayuda profesional, por lo que se podría considerar que hablar con otros del problema favorecería la desestigmatización del trastorno depresivo y la percepción de utilidad del tratamiento. Por otra parte, los pacientes que tardaron menos en reconocer el problema y en hablar de él consultaron porque el problema se hizo más frecuente.

La mayoría de los pacientes (88,9%) admitió la conveniencia de haber solicitado tratamiento inmediatamente después de haber reconocido el problema con el objetivo fundamental de evitar un empeoramiento. El primer profesional del que recibieron atención fue principalmente el médico de atención primaria. Los especialistas de Salud Mental, como cabría esperar por el funcionamiento nacional de salud, no fueron apenas mencionados.

Únicamente las **variables clínicas** influyeron en el tiempo que se prolongó este período, de manera que los pacientes con un TDM de más larga evolución y con comorbilidad con otro trastorno mental tardaron más en solicitar tratamiento. Las variables que resultaron predictoras del tiempo que se prolongó este período fueron el tiempo de evolución y la presencia de llanto. Estos resultados coinciden con los encontrados en los dos períodos anteriores. La influencia del tiempo de evolución

encontrada en este estudio contrasta con la informada en la literatura, donde se obtuvo que una mayor duración del trastorno se asociaba con mayor probabilidad de búsqueda de tratamiento (Blumenthal y Endicott, 1996; Galbaud du Fort et al., 1999). Aunque en el presente estudio, se ha obtenido que la comorbilidad con otro TM se relaciona con más demora en la solicitud de tratamiento, en la literatura se han obtenido resultados dispares en función del tipo de trastorno comórbido y de las características del trastorno depresivo (Carragher et al., 2010; Galbaud du Fort et al., 1999; Kendler, 1995).

4.3.1. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que contribuyeron a demorar** la búsqueda de ayuda profesional fueron el pensar que se podía controlar el problema y el pensar que se pasaría, los cuales sobresalieron sobre el resto. Aunque no fueron tan señalados, también destacaron los motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e. sentimientos de culpa y vergüenza y miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental) y con la minimización del problema (i.e. considerarlo poco importante y no considerarlo peligroso). La percepción de poder manejar el trastorno depresivo y de minimizar su importancia también fueron las razones principales para no solicitar tratamiento en el estudio de Blumenthal y Endicott (1996). Además, el peso que tiene el estigma sobre la búsqueda de tratamiento en el trastorno depresivo también ha sido destacado por la literatura (Barney et al., 2006; Ben-Porath, 2002; Griffiths et al., 2011; Schomerus et al., 2012).

Respecto a cómo se relacionaron los distintos motivos de demora, cabe destacar la asociación entre motivos vinculados al estigma social, ya que el miedo al rechazo se asoció con el miedo a la etiqueta de enfermo mental o loco. También se encontraron asociaciones entre motivos relativos a restar importancia al problema (i.e. considerar que molesta poco, que no interfiere, que no es peligroso). Además, el miedo al tratamiento contribuyó a pensar en menor medida que el trastorno se pasaría y que no era peligroso. Esto indica que la minimización del trastorno permite no considerar la necesidad de tratamiento y por tanto evita enfrentarse al posible rechazo social que conlleva recibir ese tratamiento. Al igual que ocurría en los pacientes con TOC, en los pacientes con TDM se observó una relación entre los motivos de demora

en la búsqueda de ayuda que nuevamente se asemeja al ciclo de evitación de Biddle et al. (2007).

En referencia a la participación de las **variables sociodemográficas**, los hombres destacaron el no considerar el problema algo peligroso. Además, los solteros y los casados o con pareja estable señalaron en menor medida la influencia del estigma social. Por otro lado, los que tenían apoyo social percibían que lo podían controlar y los pacientes con bajo nivel socioeconómico consideraban el trastorno depresivo algo pasajero. Finalmente, los que tenían mayor nivel de estudios señalaron la importancia de la vergüenza. El hecho de que el estigma personal pueda hacer demorar la solicitud de tratamiento en los pacientes con más nivel académico contrasta con los estudios que encontraron que un alto nivel académico favorecía la búsqueda de tratamiento (Blumenthal y Endicott, 1996; Carragher et al., 2010; Kendler, 1995).

Respecto a la asociación con las **variables clínicas**, los motivos relativos al estigma personal y social estuvieron muy presentes en los pacientes con una depresión más grave, en los que presentaban más afectación respecto al llanto, al cansancio, al sueño, a la irritabilidad y a los sentimientos de culpa, y en los que tenían comorbilidad con otro TM. En este sentido, el miedo al rechazo se asoció con la gravedad del trastorno y con el llanto, el cansancio, los cambios en el sueño y la irritabilidad. El considerarse culpable por tener el trastorno se asoció de forma lógica con el sentimiento de culpa depresivo, mientras que la comorbilidad con otro TM se relacionó con sentimientos de vergüenza. De todos estos resultados, se puede concluir que la gravedad del TDM, la complejidad clínica y la presencia de síntomas depresivos observables por el entorno favorecieron la presencia del estigma personal y del miedo a rechazo social, resultado que se podría relacionar con el estudio de Gladstone et al. (2007) en el que los pacientes más graves percibieron un bajo apoyo social y familiar.

Además, los pacientes con depresión más grave, con más tiempo de evolución, con más deterioro en la calidad de vida en el área social y depresiva, y con menos experiencias vitales indicaron motivos asociados a la minimización del problema (i.e. molestaba poco, no considerarlo peligroso, no interfería, algo pasajero). Estos resultados confirman la teoría de que los pacientes más graves y con más deterioro asociado tienden a minimizar la importancia del problema en un intento de evitar el tratamiento y no confrontar así con el rechazo social, la culpa y la vergüenza, que

según los pacientes se vinculan a recibir ayuda profesional. Al mismo tiempo, estos resultados contrastan con los estudios que han establecido una relación entre la búsqueda de tratamiento y un mayor deterioro e interferencia secundarios a la depresión (Blumenthal y Endicott, 1996; Kendler, 1995).

Finalmente, los pacientes con una depresión de menos tiempo de evolución y con más deterioro en la calidad de vida a nivel somático destacaron la vivencia de control sobre el problema.

4.3.2. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que favorecieron la consulta** con un profesional sanitario fueron la frecuencia y persistencia del problema, la ansiedad, la interferencia, la pérdida total de control, el miedo a que aumentara o empeorara y la tristeza. Destaca la gran cantidad de motivos señalados por la mayoría de la muestra. De entre los más destacados, la frecuencia del problema fue la que se asoció con tardar menos en consultar con un profesional. Aunque no fue un motivo principal, el consultar por considerarse mala persona se asoció con tardar más en buscar ayuda profesional, lo cual nuevamente incide en la importancia del estigma personal en la demora de la búsqueda de tratamiento. Un elevado porcentaje de pacientes señaló haber recibido recomendación de solicitar tratamiento por parte del entorno. Esta recomendación provino fundamentalmente de la familia o la pareja, y en menor medida por un profesional sanitario no perteneciente a la USM, quienes evidenciaron que el paciente estaba mal o tenía un problema y en menor medida destacaron la importancia de recibir ayuda, solucionar el problema y mejorar. Muchos de los motivos de consulta coinciden con los encontrados en el estudio de Blumenthal y Endicott (1996), en el que las razones principales fueron percibir que el trastorno duraba mucho, empeoraba y generaba interferencia. Además en ese estudio, al igual que en el presente, se vio la influencia de estigma en las personas que solicitaron tratamiento.

Destaca la gran conexión entre los diferentes motivos que favorecieron la búsqueda de ayuda, de forma que aspectos relacionados con la afectación emocional, la interferencia, la vivencia de falta de control y la persistencia del problema se relacionaron entre sí para contribuir a la solicitud de tratamiento.

Respecto a las **variables sociodemográficas**, las mujeres consultaron en mayor medida por incremento de la frecuencia, por ansiedad y porque el problema no se pasaba. Estos resultados van en la línea de los estudios que destacan que las mujeres están más predispuestas a solicitar tratamiento que los hombres (Carragher et al., 2010; Galbaud du Fort et al., 1999; Jorm et al., 2000b), probablemente por conceder más atención e importancia a la persistencia del trastorno y/o a su impacto emocional. Además, los pacientes con apoyo social recibieron más recomendación por parte del entorno para consultar, lo cual refleja la importancia del entorno de cara a favorecer el reconocimiento del problema y transmitir la utilidad y conveniencia del tratamiento. Finalmente, los pacientes con menor nivel socioeconómico destacaron la importancia de considerar el problema algo malo.

Respecto a las **variables clínicas**, los pacientes con una depresión más grave y con más afectación en el apetito y el sueño destacaron la importancia del miedo y de considerar el problema algo malo, por lo que cabe considerar que la gravedad y la afectación de las necesidades corporales básicas contribuyen a generar alarma en los pacientes. El estudio de Galbaud du Fort et al. (1999) también encontró la importancia de la pérdida de peso y el insomnio sobre la búsqueda de tratamiento.

Por otra parte, los pacientes con más autocrítica depresiva destacaron de forma lógica la influencia en la solicitud de ayuda por considerarse mala persona. Este motivo también fue señalado por los pacientes con más deterioro en la calidad de vida en general y más afectación en concreto en el área depresiva, con lo cual es importante resaltar la influencia del estigma personal en los pacientes con más afectación en la calidad de vida. Además, los pacientes con más pérdida de interés requirieron menos recomendación de tratamiento por parte del entorno, lo cual refleja que la presencia de este síntoma es suficientemente significativa para los pacientes como para solicitar tratamiento sin la recomendación de otras personas.

Los pacientes con más deterioro en la calidad de vida en el área de ansiedad e insomnio y con más calidad de vida en el área social y depresiva indicaron la importancia de que el trastorno era frecuente y continuo. En la línea de lo expuesto en el período de reconocimiento, la afectación de la calidad de vida favorece la solicitud de tratamiento por comprobar que el TDM es un problema que persiste y que puede seguir deteriorando. Este resultado está en consonancia con los estudios que relacionaron el deterioro y la interferencia con la búsqueda de ayuda (Blumenthal y Endicott, 1996; Kendler, 1995).

Finalmente, los pacientes con elevado nivel de *worry* indicaron una amplia variedad de motivos relacionados con la persistencia del trastorno, con la falta de control y con la presencia de ansiedad y tristeza. De hecho, en el estudio de Kendler (1995) la comorbilidad con el TAG predijo la búsqueda de tratamiento.

Cabe destacar que la ideación de suicidio no presentó asociación con la búsqueda de tratamiento, lo que contrasta con el estudio de Pagura et al. (2009) en el que las personas con ideación e intentos de suicidio presentaron más tasa de búsqueda de ayuda y de percepción de necesidad que aquellos con trastorno mental sin suicidio.

5. Perfil de búsqueda de ayuda en los Trastornos de la conducta alimentaria

5.1. Período de reconocimiento del problema

Un bajo porcentaje de la muestra (8,3%) afirmó reconocer el trastorno de manera temprana, de forma que el tiempo medio en reconocerlo se elevó hasta los 38,92 meses.

Los **motivos principales que favorecieron el reconocimiento** fueron la frecuencia del problema, la pérdida de control sobre él, la tristeza, la ansiedad y los cambios en el comportamiento. Destaca además que los cambios en el comportamiento se asociaron con tardar menos en reconocer el problema y los principales cambios señalados por las pacientes fueron la irritabilidad y el aislamiento social, los cuales coinciden con el impacto del TCA sobre el área emocional y social señalado por González et al. (2001). Llama la atención que uno de los motivos menos indicados fuera la influencia de otras personas, lo cual podría deberse a la alta ocultación del problema, lo cual conlleva que otras personas favorezcan el reconocimiento solo cuando las consecuencias del trastorno son observables. Otra explicación sería que, a pesar de la insistencia del entorno, el reconocimiento se produce cuando el deterioro es tal que las pacientes toman conciencia del impacto que el trastorno tiene en sus vidas, por lo que sería ese deterioro, y no tanto la influencia del entorno, el que cobraría un papel más relevante en el reconocimiento del problema. En los casos, en que alguien participó en ese reconocimiento, la familia fue quien jugó un papel más importante y lo argumentó en base a la alteración en la alimentación y la delgadez.

Destaca la escasa relación entre sí de los diferentes motivos de reconocimiento, de forma que la interferencia se asoció con observar cambios en el comportamiento y con una menor participación del entorno en el reconocimiento, mientras que la tristeza y la falta de control también presentaron una elevada relación. Por lo tanto, es la parte conductual del trastorno o la afectación del trastorno en la manera de comportarse las pacientes lo que más les interfiere, de ahí a que este aspecto sea el que contribuya a reconocer antes el problema y a requerir menos participación del entorno en ese reconocimiento. Además, dado el papel relevante de la necesidad de controlar en la AN o de la pérdida de control en la BN, es lógico que la falta de control se asociara con experimentar tristeza.

En referencia a la influencia de las **variables sociodemográficas**, las pacientes de más edad y las casadas o con pareja estable tardaron más en reconocer el problema. Por otra parte, las pacientes solteras destacaron la importancia de observar cambios en el comportamiento. Cabe destacar que la edad y el nivel de estudios resultaron variables predictoras del tiempo que se prolongó el período de reconocimiento.

Respecto al papel que jugaron las **variables clínicas**, las pacientes que tardaron más en reconocer el trastorno fueron aquellas con un TCA de más larga evolución, con mayor IMC y con una BN más grave. De hecho, el tiempo de evolución fue una variable predictora del tiempo que duró este período. Estos resultados indican que la habituación al trastorno derivada de la cronificación y el hecho de no haber una extrema delgadez dificultaron el reconocimiento, a pesar de la gravedad de la BN. En el estudio de Mond et al. (2006), sin embargo, un mayor IMC se asoció con el reconocimiento del trastorno.

Por otra parte, las pacientes con una BN más grave, con conductas purgativas, con más impulso a adelgazar, más insatisfacción corporal, más sentimientos de ineficacia, más ascetismo, más impulso a la regulación, más inseguridad social y con más deterioro en la calidad de vida a nivel depresivo destacaron la importancia de la tristeza. La importancia de las conductas purgativas irían en la línea del estudio de Mond et al. (2006), en el que la presencia de vómitos autoinducidos se asoció con el reconocimiento. De estos resultados se deduce que una mayor gravedad del TCA genera tal impacto emocional que éste permite el reconocimiento del problema.

Además, las pacientes con menor IMC, menos impulso a adelgazar, menor sintomatología bulímica, con un TCA de menor evolución y con menor nivel de *worry* destacaron la influencia de los cambios en el comportamiento. Por lo tanto, es la delgadez, en pacientes con un trastorno menos cronificado, la que favorece el reconocimiento de cambios, probablemente por encontrarse en un estadio inicial y comprobar el impacto del trastorno.

Asimismo, las pacientes con más conciencia interoceptiva, más deterioro en la calidad de vida en general y más deterioro a nivel de ansiedad e insomnio y con mayor nivel de *worry* identificaron la importancia de la ansiedad en el reconocimiento. Por otra parte, las pacientes con conductas purgativas destacaron la importancia de la

interferencia, ya que este tipo de conductas conllevan tiempo, esfuerzo y dificultan la realización de otras actividades.

Finalmente, las pacientes con más impulso a adelgazar identificaron una mayor participación del entorno en el reconocimiento, dado que la delgadez es la característica más observable por el entorno y genera más preocupación en los demás.

5.2. Período de revelación del problema

Como cabía esperar, tardar más en reconocer el trastorno contribuyó a tardar más en hablar por primera vez de él (43,83 meses de tiempo medio). Las pacientes que reconocieron el problema por observar cambios en el comportamiento hablaron antes del problema, lo cual corrobora nuevamente la importancia de la parte más observable del trastorno. Hay autores que han destacado el papel de la vergüenza en la ocultación de los síntomas (APA, 2002; Goss y Allan, 2009; Keith et al., 2009), por lo que este factor, junto con la demora en el reconocimiento, podría influir en la demora en la revelación.

Las principales personas con las que hablaron por primera vez del problema fueron un familiar o un amigo y la revelación se produjo, por una parte, para recibir ayuda, comprensión y apoyo y, por otra, en respuesta a una insistencia o presión del entorno al sospechar o comprobar la existencia del problema. La información principal que las pacientes revelaron hizo referencia a síntomas específicos del trastorno (p.e. miedo a engordar, deseo de adelgazar, presencia de vómitos). La relevancia de los amigos también fue informada por el estudio de Becker et al. (2005), dado que fueron ellos con los que principalmente hablaron del problema la mayoría de la muestra. Sin embargo, al contrario que este estudio en el que, ante la presión de hablar del trastorno, la mayoría lo hicieron ante la insistencia de un profesional, pero no tanto ante la insistencia de los padres, en el presente estudio la insistencia de los padres también resultó efectiva.

Con relación a la influencia de las **variables sociodemográficas y clínicas**, las pacientes de más edad, casadas o con pareja estable, con mayor IMC, con una BN más grave y con un TCA de mayor evolución tardaron más en hablar por primera vez del problema. De hecho, la edad y el tiempo de evolución del trastorno resultaron

variables predictoras del tiempo que se prolongó el período de revelación. Por lo tanto, se podría concluir que, a pesar de haber una mayor gravedad en la sintomatología bulímica, el hecho de que el trastorno esté cronificado y de no haber una delgadez extrema dificultó la revelación en pacientes que, por edad y estabilidad sentimental, podrían estar más influenciadas por el temor al rechazo social.

5.3. Período de solicitud de ayuda profesional

Como cabría esperar, tardar más en reconocer y en hablar del problema contribuyó a tardar más en solicitar ayuda profesional. La asociación entre reconocimiento y búsqueda de tratamiento también se encontró en el estudio de Mond et al. (2006). En el estudio de Becker et al. (2005), sin embargo, la asociación la relación entre revelar el problema y solicitar tratamiento dependió de la persona con la que se habló, de forma que hacerlo con un profesional sanitario favoreció la búsqueda de tratamiento y no lo favoreció hacerlo con un amigo, familiar o profesor. El tiempo medio de demora en solicitar tratamiento en el presente estudio (49,60 meses) fue inferior al de 5,7 años encontrado por Reas et al. (2000), aunque éste último se realizó exclusivamente con pacientes con BN.

Por otra parte, las pacientes que presentaron un reconocimiento más temprano consultaron porque el problema se hizo más frecuente, por miedo al problema y por considerarlo algo malo. Además, las pacientes que hablaron antes del problema retrasaron la solicitud de ayuda profesional por pensar que podían controlar el problema, pero acabaron solicitándola porque el problema se hizo más frecuente y por miedo a lo que les pasaba. De manera contraria, las pacientes que tardaron más en reconocer el problema y en hablar de él demoraron la consulta por miedo al rechazo, de lo cual se deduce la importancia de tomar conciencia del problema de forma temprana y del entorno para desestigmatizar el trastorno.

La mayoría de las pacientes (87,5%) afirmó que habría sido conveniente solicitar tratamiento nada más reconocer el problema, con el fin de evitar un empeoramiento y que el problema durara tanto. El primer profesional del que recibieron atención fue principalmente el médico de atención primaria, seguido en menor medida por los especialistas de Salud Mental.

Respecto a la influencia de las **variables sociodemográficas** en la duración de este período, las pacientes de más edad, las casadas o con pareja estable y las que carecían de apoyo social tardaron más en solicitar tratamiento. De hecho, la edad resultó ser una variable predictora. Cabría pensar que en estas pacientes influyera en mayor medida la vergüenza, la ocultación del trastorno y la falta de un entorno social que recomendara el tratamiento.

Con relación al papel que jugaron las **variables clínicas** en la duración de este período, las pacientes con mayor IMC, con una BN más grave, con mayor insatisfacción hacia el cuerpo y con un TCA de más larga evolución tardaron más en solicitar ayuda profesional. Las pacientes con conductas restrictivas, sin embargo, tardaron menos tiempo en solicitar tratamiento. Tanto el tiempo de evolución como la gravedad de la BN fueron variables predictoras del tiempo que se prolongó este período. De estos resultados, se podría deducir que, a pesar de la gravedad clínica, el no haber una excesiva delgadez, que pudiera generar alarma en el entorno, y la habituación asociada a la cronificación favorecieron la demora en la solicitud de tratamiento. De hecho, la presencia de restricción favoreció la búsqueda de tratamiento por la presencia de una mayor delgadez asociada. Estos resultados contrastan con el estudio de Keel et al. (2002), en el que la gravedad de la AN y de la BN predijo la búsqueda de tratamiento.

5.3.1. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que contribuyeron a demorar** la búsqueda de ayuda profesional fueron la percepción de control sobre el problema, la presencia de sensaciones placenteras asociadas a él y la minimización del mismo al considerarlo como algo pasajero y poco peligroso. Entre ellos, la percepción de control y la presencia de sensaciones placenteras fueron mayoritariamente señaladas. Las pacientes asociaron esas sensaciones placenteras con tener control sobre la ingesta alimentaria. Este aspecto se podría relacionar con el concepto de comer emocional planteado por Ricca, Castellini, Fioravanti, Lo Sauro, Rotella et al. (2012), quienes encontraron una relación entre este concepto y la restricción en la AN, mediatizada por el temor a perder el control. Por otra parte, aunque no estuvieron dentro de los motivos principales, los motivos relacionados con el estigma personal y social tuvieron una

presencia destacada. De hecho, el miedo al rechazo se asoció con tardar más en solicitar tratamiento.

Respecto a la relación entre los motivos de demora en la solicitud de tratamiento, destacó la asociación entre diferentes motivos relativos a minimizar la importancia del trastorno (i.e. considerarlo poco importante, identificar sensaciones placenteras, no considerarlo peligroso y considerarlo algo común). Además, la presencia de motivos asociados al estigma personal y social redujo la participación de motivos asociados con la minimización del trastorno. Es decir, la presencia de vergüenza limitó el percibir que el problema molestaba poco y que generaba sensaciones placenteras, y el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental limitó la percepción de falta de interferencia. Por tanto, se puede deducir que la presencia del estigma personal y del miedo al estigma social contribuye a percibir las alteraciones en la conducta alimentaria como un problema y, por tanto, pone de manifiesto la importancia del componente social en este trastorno. Cabe destacar además que la relevancia del estigma personal coincide con los estudios que destacan el papel de la vergüenza como barrera para solicitar ayuda profesional (APA, 2002; Goss y Allan, 2009; Keith et al., 2009).

En referencia a la asociación de las **variables sociodemográficas**, las pacientes con ausencia de apoyo social y con menor nivel socioeconómico señalaron la importancia de motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e. sentimientos de vergüenza, miedo al rechazo y/o miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental), mientras que las pacientes con menor nivel de estudios destacaron la desconfianza de la ayuda profesional. Además, las pacientes de más edad destacaron que pensaban que el problema se pasaría.

Respecto a las **variables clínicas**, las pacientes con mayor IMC, con una BN más grave, con un TCA de más tiempo de evolución y con comorbilidad con otro TM destacaron motivos vinculados al estigma personal y social (i.e. sentimientos de vergüenza, de culpa y/o miedo al rechazo), mientras que las pacientes con una BN menos grave y con un TCA de inicio más tardío resaltaron motivos relacionados con la minimización del trastorno (i.e. pensar que se pasaría). Además, las pacientes con más insatisfacción hacia el cuerpo indicaron la importancia de experimentar sensaciones placenteras asociadas al trastorno.

Por otra parte, las pacientes con más desconfianza interpersonal indicaron, de forma lógica, la desconfianza hacia la ayuda profesional, mientras que las pacientes con más conciencia interoceptiva, con sintomatología depresiva más grave y con comorbilidad con otro TM indicaron el miedo al tratamiento. Llama la atención la asociación entre la sintomatología depresiva y el miedo al tratamiento como motivo de demora, ya que en muchas ocasiones esa sintomatología anímica es el motivo principal de consulta, y contrasta con el estudio de Keel et al. (2002), en el que la comorbilidad con un trastorno del ánimo se asoció con la búsqueda de tratamiento.

Asimismo, las pacientes con conducta restrictiva presentaron más demora por considerar que el trastorno molestaba poco, lo cual implica una minimización del problema en respuesta bien a una falta de reconocimiento del problema, bien a una vivencia positiva de la restricción por estar asociada a la sensación de control. Finalmente, las pacientes con mejor calidad de vida en el área somática señalaron que el problema no les interfería y las que tenían peor calidad de vida en el área ansiosa consideraron el problema como algo pasajero.

5.3.2. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que favorecieron la consulta** del problema con un profesional sanitario fueron la falta de control, la vivencia de estar dominado por el problema, el miedo a que aumentara o empeorara, la recomendación por parte del entorno, el comprobar que no se pasaba y la interferencia. Respecto a la recomendación de recibir tratamiento, ésta provino fundamentalmente de la familia, quien empleó como argumentos principales el considerar que el paciente estaba mal o tenía un problema, el animar a mejorar y recibir ayuda, y el obligar a recibir tratamiento. Aunque no se encontraron entre los motivos más señalados, la frecuencia del problema, el miedo a éste y el considerarlo algo malo se asociaron con tardar menos en consultar con un profesional sanitario.

Destaca la gran conexión entre los diferentes motivos que favorecieron la búsqueda de ayuda, de forma que aspectos relacionados con la afectación emocional, la interferencia, el riesgo vital, la falta de control, la persistencia del problema y el miedo se relacionaron entre sí para contribuir a la búsqueda de tratamiento. La gran relación entre los motivos, junto con la amplia variedad de motivos señalados por la mayoría de pacientes, se puede explicar por el elevado impacto vital que tiene el

trastorno sobre los pacientes, lo cual conlleva que muchas variables participen en motivar la búsqueda de tratamiento y se potencien además entre sí.

Respecto a las **variables sociodemográficas**, las pacientes de menos edad y las solteras destacaron el incremento de la frecuencia del problema, mientras que las que tenían un menor nivel socioeconómico señalaron el miedo a volverse loco y a que el problema aumentara o empeorara.

Respecto a las **variables clínicas**, las pacientes con más IMC, mayor insatisfacción con el cuerpo, más ascetismo y más impulso a adelgazar destacaron el miedo a volverse loco. Por otro lado, las pacientes con menos IMC, con una BN menos grave, con menos impulso a adelgazar, con menos desconfianza interpersonal, con menos inseguridad social y con un TCA de menos evolución señalaron el miedo a lo que les pasaba, la frecuencia del trastorno y/o el considerarlo como algo malo. Nuevamente, llama la atención la importancia de la delgadez en la búsqueda de tratamiento, en aquellas pacientes que, sin embargo, presentan menos gravedad en otras características clínicas. Ante estos resultados, se podría concluir que o bien el peso es la variable más relevante en la solicitud de tratamiento o bien que aquellas pacientes que tienen una menor gravedad general y tienen un trastorno menos cronificado son más conscientes de la necesidad de tratamiento ante una elevada delgadez. Esta explicación estaría corroborada por el hecho de que las pacientes con un TCA de inicio más tardío destacaron que la salud corría peligro como motivo de consulta con un profesional.

Finalmente, las pacientes con más ineficacia, más desconfianza interpersonal, más conciencia interoceptiva y más ascetismo consideraron que eran o se habían vuelto malas personas. El considerarse mala persona, el miedo a volverse loco y la ansiedad fueron motivos destacados por las pacientes con más deterioro en la calidad de vida en todas las áreas y con una sintomatología depresiva más grave. Resulta llamativa la presencia del estigma personal y del miedo en las pacientes con más deterioro asociado al TCA. De la misma manera, las pacientes con más afectación en la calidad de vida en las áreas somática y de ansiedad-insomnio indicaron la falta de control y la tristeza. Los resultados respecto al papel de la calidad de vida coinciden con los estudios de Keel et al. (2002) y Mond et al. (2007), que destacaron la relevancia de la interferencia funcional provocada por el TCA en la búsqueda de tratamiento.

6. Perfil de búsqueda de ayuda en el Trastorno por dependencia a cocaína

6.1. Período de reconocimiento del problema

Un reducido número de pacientes (9,1%) afirmó reconocer el trastorno de manera temprana, lo cual conlleva que el tiempo medio en reconocerlo se prolongara hasta los 47,18 meses.

Los **motivos principales que favorecieron el reconocimiento** fueron los cambios en el comportamiento, la pérdida de control sobre el consumo y la interferencia provocada por él. Estos motivos principales se corresponden con la afectación inherente a una dependencia a drogas. Los cambios en el comportamiento se asociaron con tardar menos en reconocer el problema, siendo la irritabilidad el principal cambio identificado por los pacientes. Llama la atención que el motivo menos señalado fuera la influencia del entorno, lo cual puede deberse a la alta ocultación presente en el consumo de drogas y a que, cuando el paciente reconoce el problema, es tal el deterioro personal que eso es suficiente para reconocerlo sin la necesidad de que otras personas lo favorezcan. En los casos, en que alguien participó en ese reconocimiento, la familia fue quien jugó un papel más importante, quien argumentó que veía mal al paciente y que tenía un problema.

Destaca la escasa relación entre sí de los diferentes motivos de reconocimiento, de forma que únicamente se encontró asociación entre la ansiedad y la frecuencia del problema y la tristeza.

Con relación a la influencia de las **variables sociodemográficas**, los pacientes con apoyo social tardaron menos en reconocer el problema. Además, la presencia de este apoyo se asoció con que los pacientes destacaran la importancia de los cambios en el comportamiento en el reconocimiento. Por lo tanto, cabe deducir que el entorno del paciente observa cambios en él y lo confronta con esos cambios para favorecer el reconocimiento del problema. Por otra parte, los pacientes con menor nivel de estudios identificaron en mayor medida la frecuencia del trastorno y la ansiedad que generaba como motivos de reconocimiento, mientras que los pacientes con mayor nivel de estudios identificaron una mayor participación del entorno en este período.

Respecto al papel de las **variables clínicas**, los pacientes que más tardaron en reconocer el problema fueron los que tenían una dependencia a cocaína de más larga

evolución. De hecho, esta variable resultó predictora del tiempo que duró el período de reconocimiento. Cabe entonces pensar que la cronificación dificulta el reconocimiento del problema probablemente por habituación asociada. Además, los pacientes con una dependencia a cocaína de menor evolución señalaron en mayor medida la frecuencia del problema y la interferencia que provocaba como motivos de reconocimiento. Este resultado confirma que una menor cronificación favorece el reconocimiento del problema por tener más conciencia de su presencia y de su impacto sobre el funcionamiento cotidiano ya que el paciente no se ha habituado al consumo.

Por otra parte, los pacientes con menos expectativas de efectos estimulantes asociados al consumo y con un mayor deterioro de la calidad de vida en el área social destacaron la importancia de la falta de control sobre el problema. De manera adicional, los pacientes con una dependencia de inicio tardío y con ausencia de comorbilidad médica destacaron la influencia de la tristeza. Finalmente, los pacientes con mayor deterioro en la calidad de vida en general, con mayor deterioro en el área de la ansiedad y el insomnio, con más nivel de *worry* y con sintomatología depresiva más grave resaltaron la importancia de la ansiedad como motivo de reconocimiento.

6.2. Período de revelación del problema

Como era esperable, tardar más en reconocer el trastorno contribuyó a tardar más en hablar por primera vez de él (56,35 meses de tiempo medio). Los pacientes que reconocieron el problema por observar cambios en el comportamiento tardaron menos en hablar de él, lo cual supone que, dado que observar esos cambios, favorece el reconocimiento, también favorece la revelación, o que el entorno propicia la revelación al comprobar los cambios.

La persona con la que hablaron por primera vez fue un amigo, seguido de la pareja, de un familiar o de un profesional de la Salud Mental, aunque ninguno fue mayoritariamente señalado. El motivo fundamental por el que los pacientes revelaron el problema fue buscar ayuda, comprensión y apoyo, aunque también influyó la presión del entorno. La información principal que aportaron los pacientes tuvo que ver con reconocer el consumo.

Respecto a la influencia de las **variables sociodemográficas y clínicas**, los pacientes sin apoyo social y con una dependencia a la cocaína de más larga evolución

tardaron más en hablar por primera vez del problema. De hecho, el tiempo de evolución fue una variable predictora del tiempo que se prolongó este período. Nuevamente, se comprueba cómo la habituación al trastorno y las carencias sociales dificultan el proceso de búsqueda de ayuda.

6.3. Período de solicitud de ayuda profesional

Tardar más en reconocer y en hablar del problema se asoció con tardar más en solicitar ayuda profesional. El tiempo medio de demora en la solicitud de tratamiento encontrado en este estudio (74,14 meses) no se aleja mucho de los 7 años encontrados en el estudio de Hser et al. (2008). Los pacientes que tardaron en reconocer el problema y en hablar de él demoraron la solicitud de tratamiento por considerar el consumo poco importante, con lo cual se deduce que existe una minimización del problema asociada a no reconocer el problema y a que el entorno no contribuya a la toma de conciencia del mismo.

La mayoría de los pacientes (86,4%) reconocieron la conveniencia de haber solicitado ayuda profesional nada más reconocer el problema para así evitar que durara tanto. El primer profesional del que recibieron atención fue principalmente el psicólogo clínico, concretamente el psicólogo clínico de la Unidad de Conductas Adictivas, ya que el sistema sanitario valenciano permite que el paciente solicite directamente ayuda en este recurso, sin requerir necesariamente derivación por parte del médico de atención primaria.

Respecto a la influencia de las **variables sociodemográficas**, el nivel socioeconómico resultó ser una variable predictora del tiempo que se prolongó este período, de forma que un mayor nivel socioeconómico propició una búsqueda de tratamiento más temprana. Como explicación de este resultado se podría sugerir que los pacientes con más poder adquisitivo pueden costearse un mayor consumo y por tanto favorecer que el problema se agrave, lo cual llevaría a considerar antes la conveniencia del tratamiento.

Con relación al papel que jugaron las **variables clínicas** en la duración de este período, los pacientes con una dependencia a cocaína de más larga evolución tardaron más en solicitar tratamiento. De hecho, esta variable resultó predictora del

tiempo que se prolongó esa solicitud de tratamiento. Nuevamente, la habituación asociada a la cronificación podría dificultar la solicitud de ayuda.

6.3.1. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

Los **motivos principales que contribuyeron a demorar** la búsqueda de ayuda profesional fueron la vivencia de control del consumo y la presencia de sensaciones placenteras asociadas a él, los cuales destacaron sobre el resto de motivos. A pesar de no encontrarse entre los más señalados, los motivos vinculados al estigma personal y social tuvieron una presencia importante, lo cual coincide con los estudios que también han destacado la importancia de estas variables en el consumo de sustancias (Adlaf et al., 2009; Ahern et al., 2007; Crisp et al., 2000; Link et al., 1999; Luoma et al., 2007; Pescosolido et al., 1999).

Respecto a cómo se relacionaron los distintos motivos de demora, cabe destacar la asociación entre algunos motivos vinculados al estigma personal y social (vergüenza, culpabilidad, miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental) y la asociación entre ellos y el no tener o no saber a quién contar el problema. También destaca la relación entre los motivos vinculados a trivializar la importancia del problema (proporcionar sensaciones placenteras, no considerarlo peligroso, considerar común, considerarlo poco importante, no generar interferencia). La importancia de la minimización del problema coincidiría con el estudio de Clark et al. (2008), en el que la ausencia de percepción de necesidad de tratamiento o la negación del problema fueron identificadas como las principales barreras que impiden recibir tratamiento por el consumo de sustancias.

En referencia a las **variables sociodemográficas**, los hombres destacaron la presencia de sensaciones placenteras asociadas al consumo. Los pacientes de más edad y con falta de apoyo social señalaron que el consumo no les interfería, mientras que los que no tenían apoyo familiar manifestaron desconfiar de la ayuda profesional. Además, los pacientes sin apoyo social y con mayor nivel de estudios minimizaron la importancia del consumo, mientras que los que tenían mayor nivel socioeconómico señalaron el miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental. De estos resultados se deduce nuevamente la importancia del entorno para favorecer la conciencia del problema y la transmitir la conveniencia del tratamiento.

Respecto a las **variables clínicas**, los pacientes con un mayor síndrome de abstinencia, con un deseo más intenso de consumir, con menos control sobre el consumo y con más expectativas sobre los efectos estimulantes del consumo destacaron motivos relacionados con el estigma personal y social (i.e. sentimientos de culpa, miedo a la etiqueta de loco o enfermo mental, sentimientos de vergüenza y/o miedo al rechazo), la falta de personas con las que hablar del problema y/o el no saber con quién hacerlo. De estos resultados se concluye la elevada presencia del estigma y de las carencias a nivel social en los pacientes más graves.

Por otro lado, los pacientes con un deseo más intenso de consumir y con más expectativas sobre los efectos estimulantes del consumo indicaron motivos relacionados con la minimización del consumo (i.e. considerarlo algo común y/o experimentar sensaciones placenteras). Una mayor minimización del consumo (i.e. pensar que se pasaría, no interferiría, algo común o no peligroso) también se dio en los pacientes con peor calidad de vida en las áreas somática, depresiva y social, con mayor nivel de *worry* y con sintomatología depresiva más grave. Se podría deducir, por tanto, que la minimización del problema en pacientes con más deterioro, con deseo más intenso de consumir y con más complejidad clínica añadiría un posible mecanismo para evitar el tratamiento y no confrontar así con el posible estigma asociado al consumo y a recibir ayuda.

En la misma línea, se encontraría el hecho de que los pacientes con más deterioro general en la calidad de vida, con más afectación en las áreas somática y depresiva y con una sintomatología depresiva más grave señalaran la importancia de sentirse culpable y la presencia de sensaciones placenteras como motivos de demora en la solicitud de tratamiento.

6.3.2. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

El **motivo principal que favoreció la consulta** con un profesional sanitario fue la falta de control sobre el consumo, que destacó sobre todos los demás. El hecho de que solo la mitad de los pacientes señalaran que otra persona les recomendó solicitar tratamiento podría estar relacionado nuevamente con la ocultación o con que el deterioro es tan elevado que el paciente por sí mismo reconoce la necesidad de tratamiento. En los casos en que hubo recomendación por parte del entorno, ésta provino fundamentalmente de la familia, seguido en menor medida por los amigos y la

pareja, quienes en muchos casos forzaron, más que aconsejar, la búsqueda de tratamiento. Bastantes estudios han destacado el papel de la familia y los amigos en la motivación o presión para buscar tratamiento (Goodman et al., 2011; Mariani et al., 2011; Waldron et al., 2007).

Destaca la gran conexión entre los diferentes motivos que favorecieron la búsqueda de ayuda, pero predomina la relación entre motivos vinculados a la elevada frecuencia del problema, la interferencia, la vivencia de ser dominados por el consumo y el considerarlo algo malo. La elevada conexión indica el impacto vital que el consumo tiene sobre los pacientes en el momento de solicitar tratamiento.

Respecto a las **variables sociodemográficas**, los pacientes de más edad destacaron la recomendación por parte del entorno, mientras que los de menos edad señalaron el miedo a que el consumo aumentara o empeorara. Finalmente, los pacientes con menos nivel académico señalaron la importancia de la ansiedad y la tristeza, la persistencia del consumo, el miedo a volverse loco y la falta de control.

Con relación a las **variables clínicas**, los pacientes con un mayor síndrome de abstinencia, con un deseo más intenso de consumir, con menos expectativas positivas del consumo, con más expectativas sobre los efectos estimulantes del mismo, con menos comorbilidad con otro TM y con más experiencias vitales, fundamentalmente negativas, destacaron la importancia de la pérdida de control, la interferencia, el miedo a lo que les pasaba y/o el pensar que la salud corría peligro. De estos resultados se deduce la relevancia de la gravedad del consumo y de la presencia de estresores asociados en la consideración de motivos de consulta relacionados con la interferencia y la vivencia de alarma.

Además, los pacientes con más deterioro general en la calidad de vida y, concretamente, con más afectación en las áreas somática, ansiosa y depresiva, con más nivel de *worry* y con sintomatología depresiva más grave resaltaron el papel que jugaron la presencia de ansiedad, la frecuencia del consumo, el miedo a volverse loco y a lo que les pasaba, el considerar que la salud corría peligro y la pérdida total de control en la solicitud de tratamiento. Destaca, por tanto, la relevancia en la búsqueda de ayuda profesional del impacto del consumo sobre el funcionamiento cotidiano y de la comorbilidad clínica. La influencia de esta comorbilidad corrobora los resultados de otros estudios (Compton et al., 2007; Grella et al., 2009).

Por otro lado, los pacientes con mayor nivel de abstinencia y con una sintomatología depresiva más grave requirieron menos recomendación de ayuda por parte del entorno, con lo cual se podría pensar que la gravedad clínica tuvo suficiente peso en la decisión de los pacientes de buscar tratamiento como para no requerir la participación del entorno.

Finalmente, es importante destacar que los pacientes más graves, tanto respecto al consumo como a la sintomatología depresiva comórbida, manifestaron tanto motivos para demorar la consulta profesional como motivos para solicitarla. Este resultado confirma la idea de que la presencia de un determinado trastorno favorece pero no asegura la búsqueda tratamiento y corrobora el papel controvertido que juega la sintomatología depresiva en esa búsqueda (Conner et al., 2008; Ford et al., 2009; Stulz et al., 2011).

7. Comparativa entre los cuadros clínicos en el proceso de búsqueda de ayuda profesional

7.1. Períodos temporales

Mientras que el grupo Agorafobia fue el que percibió tener un reconocimiento más temprano, los grupos TCA y Cocaína fueron los que afirmaron tener un reconocimiento más tardío. De forma congruente, el grupo Agorafobia fue el que menos tardó en reconocer el trastorno, diferenciándose de los grupos TOC, TCA y Cocaína. Tras controlar la edad, los grupos Agorafobia y TDM tardaron significativamente menos tiempo en reconocer el trastorno que los grupos TCA y Cocaína, siendo estos últimos los que más tardaron. Por otra parte, el grupo TDM fue el que menos tardó en hablar del trastorno y en solicitar ayuda profesional, diferenciándose de los grupos TOC, TCA y Cocaína, pero no del grupo Agorafobia. Estos resultados coinciden con los estudios que sitúan a la agorafobia entre los trastornos de ansiedad más asociados a la solicitud de tratamiento (Bijl y Ravelli, 2000; McCusker et al., 1997) y al TOC en un lugar intermedio, entre los trastornos depresivos y el abuso de drogas, entre otros (Karno et al., 1988; Robins, Locke y Regier, 1991; en Mayerovitch et al, 2003). Es importante destacar la elevada dispersión encontrada en el presente estudio en el tiempo de demora de los tres períodos que componen el proceso de búsqueda de ayuda, oscilando entre pacientes que apenas mostraron demora y pacientes que tardaron muchísimo tiempo en reconocer el problema, revelarlo y solicitar tratamiento. Cabe tener en cuenta, por tanto, que esta elevada dispersión ha podido influir en los resultados obtenidos al comparar los grupos clínicos.

En todos los grupos clínicos, el tiempo de evolución del trastorno tuvo un papel muy importante en la predicción de los tiempos de reconocimiento, revelación y consulta, salvo en el TOC que solo participó en la predicción del tiempo de revelación. La importancia del tiempo de evolución coincide con el estudio de Christiana et al. (2000), en el que se encontró que el 40% de muestra (población clínica con trastornos de ansiedad y depresivos, fundamentalmente) buscó ayuda en el primer año de inicio del trastorno y esa probabilidad se redujo conforme se incrementaban los años de evolución, sin que dicha relación variara según el diagnóstico. Por otra parte, respecto a las variables sociodemográficas, la edad, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico solo influyeron en los grupos Agorafobia, TCA y Cocaína. Las variables clínicas específicas de los trastornos participaron en la predicción en los

grupos TOC (malestar secundario a las obsesiones), TDM (llanto) y TCA (gravedad reflejada en el BITE), mientras que no tuvieron peso en los grupos Agorafobia y Cocaína.

En el presente estudio, todos los grupos clínicos hablaron por primera vez de su trastorno con un familiar, la pareja o un amigo. Respecto al primer profesional al que solicitaron ayuda solo indicaron haber recibido atención en urgencias los grupos Agorafobia y TDM. Además, el grupo TDM es el que más fue atendido por el MAP y el grupo Cocaína el que menos. El psicólogo clínico apenas fue señalado como el primer profesional, salvo en el caso del grupo Cocaína. De la misma manera, el psiquiatra fue mencionado en un bajo porcentaje por todos los grupos, sobre todo por los grupos TDM y Cocaína.

Antes de comentar las diferencias en motivos concretos de reconocimiento, de demora en la búsqueda de ayuda profesional y de solicitud de tratamiento, es importante resaltar las diferencias en los 3 factores motivacionales que componen la estructura interna de la Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional. El grupo Agorafobia presentó más motivos de consulta que el grupo Cocaína. Además, los pacientes con agorafobia minimizaron menos el problema que los pacientes con TCA y con dependencia a cocaína, con lo cual el reconocimiento y la solicitud de tratamiento se vieron menos interferidos por la percepción de aspectos positivos asociados al trastorno o por no recibir una repercusión negativa. De la misma forma, ocurrió en los pacientes TOC respecto a los pacientes con TCA. Finalmente, ningún grupo se diferenció en la presencia de estigma personal y social asociado al trastorno y al tratamiento, ya que en todos jugó un papel relevante como motivo de demora de la solicitud de tratamiento.

7.2. Motivos que favorecieron el reconocimiento del problema

Como cabría esperar, el grupo TDM fue el que más reconoció el trastorno por **tristeza**, diferenciándose de los grupos Agorafobia, TOC y Cocaína. Además, el TDM también fue el que más reconoció el trastorno por observar **cambios en el comportamiento**, diferenciándose de los grupos Agorafobia y TOC. El grupo Cocaína fue el segundo que más mostró ese motivo de reconocimiento y se diferenció del grupo TOC que fue el que menos lo señaló. Llama la atención que los pacientes con TOC señalaran significativamente menos que el reconocimiento estuvo favorecido por

cambios en el comportamiento dado el elevado coste de tiempo y esfuerzo asociado a las compulsiones. Esto podría explicarse por el hecho de que los pacientes se hayan podido habituar a ellas dada su función de control de la ansiedad derivada de las obsesiones.

Por otra parte, los grupos TDM y TCA fueron los que más señalaron que **otras personas** favorecieron el reconocimiento, diferenciándose de los grupos Agorafobia y TOC, que fueron los que menos lo señalaron. Este resultado podría explicarse por el hecho de que el TDM es reconocible más fácilmente por los demás, debido a que es un trastorno muy conocido socialmente, y a que el TCA genera alarma en la familia de los pacientes, sobre todo si va asociado a elevada delgadez y restricción alimentaria.

Finalmente, el hecho de que el reconocimiento por ansiedad, frecuencia, interferencia y falta de control fuera señalado de forma elevada en todos o la mayoría de los grupos clínicos puede relacionarse con el elevado impacto que tienen todos los trastornos en el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida de los pacientes, lo cual favorece su reconocimiento.

7.3. Motivos que contribuyeron a demorar la solicitud de ayuda profesional

La **culpabilidad** fue señalada en menor medida por el grupo Agorafobia, diferenciándose de los grupos TDM, TCA y Cocaína. El grupo TOC fue el segundo que menos señaló este motivo y se diferenció del grupo TCA, que fue el que más lo señaló. Así mismo, los grupos TOC y TCA fueron los que más demoraron por miedo a la **etiqueta de loco o enfermo mental** y se diferenciaron del grupo Cocaína que fue el que menos lo señaló. Por lo tanto, mientras que el grupo TCA señaló motivos asociados a estigma personal y social, el grupo TOC destacó más la importancia del rechazo social.

Llama la atención que el grupo Cocaína fuera el que menos temor a la etiqueta de loco o enfermo mental presentara, probablemente por la tendencia a minimizar la importancia del consumo y a considerarlo una conducta habitual en la sociedad. De hecho, el grupo Cocaína fue el que más señaló la demora por considerar el problema algo **común**, diferenciándose de los grupos Agorafobia, TDM y TOC.

En la misma línea de motivos relacionados con la minimización del problema, los grupos TCA y Cocaína señalaron la demora por considerar que el problema

proporcionaba **sensaciones placenteras**, sin que fuera un motivo señalado por el resto de grupos. Este resultado resulta comprensible si se tiene en cuenta la función que cumplen ambos trastornos, i.e. de experimentar control en el caso de los TCA y de estrategia de afrontamiento evitativa en el caso del consumo de cocaína. De forma congruente, el grupo TCA señaló más demora por **falta de interferencia**, diferenciándose de los grupos Agorafobia y TOC que fueron los que menos lo señalaron.

Por otra parte, el grupo TOC fue el que menos señaló la demora por pensar que **se podía controlar** el problema, diferenciándose de los grupos TDM, TCA y Cocaína, lo cual se corresponde con los continuos intentos de los pacientes con TOC en controlar las obsesiones y comprobar que no lo consiguen. En el polo opuesto, el grupo Cocaína fue el que más señaló este motivo como razón para demorar la consulta, lo que es congruente con la vivencia de estos pacientes de que pueden controlar el consumo.

Finalmente, es importante destacar que la vergüenza, la consideración del problema como algo poco importante, el miedo al tratamiento, el miedo al rechazo, la desconfianza de la ayuda profesional y el no saber a quién contar el problema fueron motivos señalados en todos o la mayoría de grupos clínicos por un porcentaje muy relevante de pacientes, lo cual resulta significativo desde el punto de vista clínico y deja constancia del peso importante del estigma personal y social, de la minimización del problema y de la vivencia negativa asociada al tratamiento como razones que explican la demora en solicitar ayuda profesional en estos grupos de trastornos mentales.

7.4. Motivos que favorecieron la solicitud de ayuda profesional

El grupo Agorafobia fue el que más consultó porque el trastorno se hizo más **frecuente**. El grupo TDM fue el siguiente que más señaló ese motivo y se diferenció del grupo Cocaína que fue el que menos lo indicó. En la misma línea, el grupo Agorafobia fue el que más consultó por **interferencia** y se diferenció de los grupos TOC, TCA y Cocaína. Estos resultados son congruentes con que el grupo Cocaína fuera el que menos consultó porque el problema **no se pasaba**.

Los grupos TCA y Coca fueron los que menos consultaron porque el problema producía **ansiedad** y se diferenciaron del resto de grupos clínicos, probablemente por la vivencia de sensaciones placenteras, asociada a estos trastornos, que contrarresta la ansiedad. Además, el grupo Cocaína fue el que menos solicitó tratamiento por **tristeza** y se diferenció en este aspecto del resto de grupos clínicos.

El grupo TOC fue el que más consultó por miedo a que el **pensamiento se hiciera realidad** y se diferenció del resto de grupos clínicos. De hecho, no fue indicado por ningún paciente de los grupos TCA y Cocaína. Este dato avala la propuesta de los modelos cognitivos sobre el TOC, según los cuales la adscripción de valoraciones y/o creencias disfuncionales a la experiencia de los síntomas (i.e., a las obsesiones) son un elemento decisivo para la aparición del trastorno.

Los grupos Agorafobia y TOC fueron los que más consultaron por **miedo a volverse loco** y se diferenciaron de los grupos TDM y Cocaína que fueron los que menos lo indicaron. De nuevo, la sensación de pérdida de control sobre los propios procesos mentales y emocionales (i.e., el miedo) parecen esenciales en ambos trastornos como impulsores de búsqueda de ayuda especializada, y a su vez, resultan diferenciadores con el resto de trastornos estudiados. De hecho, el grupo Agorafobia fue el que más consultó por **miedo** a lo que le pasaba, seguido del grupo TOC, mientras que el grupo Cocaína fue el que menos lo indicó.

El grupo TCA señaló en mayor medida la **recomendación** por parte de otra persona de solicitar tratamiento, diferenciándose de los grupos Agorafobia, TOC y Cocaína, lo cual es congruente con la alarma que genera, sobre todo en los padres de las pacientes con AN, la delgadez y la restricción alimentaria, y la presión que ejercen para que las pacientes reciban tratamiento.

Finalmente, es importante hacer mención a algunos motivos, no por ser diferenciales entre grupos clínicos, sino precisamente por el hecho de estar presentes en todos ellos, con la consiguiente relevancia clínica que ello supone. Tal es el caso de la falta de control, el considerarse mala persona, el pensar que la salud corría peligro y el considerar que el problema dominaba la vida.

8. Propuestas para favorecer el proceso de búsqueda de ayuda

Un primer campo de actuación consistiría en desarrollar campañas y talleres informativos dirigidos a la población general, tanto sobre la salud mental general como sobre trastornos específicos, con el fin de ampliar los conocimientos sobre la patología mental y desestigmatizar a las personas con trastornos mentales. Esta información convendría difundirla a través de los distintos medios de comunicación para poder llegar a un público muy amplio y a través de asociaciones culturales para llegar de forma más directa a diferentes sectores de la población. Además, sería conveniente asesorar a los medios de comunicación y a los sectores artísticos para que toda mención realizada a la patología mental sea rigurosa y no la vinculen innecesaria o exclusivamente a aspectos que pueden incrementar el rechazo y la discriminación social (p.e., agresividad, peligrosidad, delincuencia, pérdida del raciocinio).

Una línea de actuación adicional podría ir dirigida a poblaciones especialmente reticentes a solicitar tratamiento. Carragher et al. (2010) señalaron entre esas poblaciones a los hombres, las minorías étnicas y las personas con bajo nivel socioeconómico. Los hombres por la influencia de roles tradicionales que provocan que esté mal visto que un hombre se queje de malestar psicológico y por la tendencia a manifestar el malestar emocional a través de abuso de sustancias, de excesiva dedicación al trabajo o de conductas temerarias. Las minorías étnicas porque recurren a sanadores, religiosos, familia o amigos ante el malestar emocional. Con relación al nivel socioeconómico, los autores destacaron que las personas con mayor nivel socioeconómico tienen una mayor capacidad de procesamiento de la información que les lleva a procesar mejor el malestar emocional y a interactuar mejor con profesionales sanitarios, tienen estilos de vida más saludables, tienen más conocimientos sobre los tratamientos y sus beneficios, están más predispuestos a buscar tratamientos y pueden permitirse económicamente los tratamientos (algo importante en EEUU). Respecto a los hombres, los autores proponen como estrategias hacer campañas que les animen a hablar de sus problemas abiertamente y a hacer uso de los recursos sanitarios y de otros recursos de apoyo; distribuir información en los colegios sobre la salud mental, sobre estrategias de afrontamiento y sobre el desarrollo de la autoestima; distribuir información sobre los tratamientos basados en la evidencia; mejorar el acceso a atención primaria; y entrenar a los padres, educadores, profesionales sanitarios, organizaciones juveniles en el reconocimiento y manejo de los síntomas depresivos. Scott y Collings (2010)

encontraron que los hombres con trastornos de ansiedad o trastornos del estado de ánimo presentaron más incapacidad que las mujeres con esos mismos trastornos en el funcionamiento de rol, en el área social y en el área cognitiva. Teniendo en cuenta que los hombres tienen más tendencia a ocultar la afectación emocional, la afectación en el funcionamiento cotidiano podría ser una forma de detectar el trastorno. Respecto a las minorías étnicas, Carragher et al. (2010) señalaron la importancia de que los profesionales sanitarios desarrollen una sensibilidad cultural, entiendan la concepción cultural y social de la depresión y desarrollen intervenciones culturalmente específicas.

Otro ámbito de actuación sería trabajar con familias y entornos académicos para contribuir a la detección precoz de los trastornos mentales y desarrollar la motivación en el paciente para recibir ayuda profesional. Hamilton, Naismith, Scott, Purcell y Hickie (2011) encontraron que, en una muestra clínica joven con trastornos del ánimo, de ansiedad y conductuales y del desarrollo, el 69,4% presentaba un nivel de malestar psicológico alto o muy alto. Dicho malestar, el nivel de incapacidad y el deterioro en el funcionamiento social y académico-laboral progresaba desde estadios subsindrómicos a sindrómicos. Dado que hay trastornos con inicio temprano, la demora en el tratamiento contribuiría a mantener las consecuencias negativas y a incrementar progresivamente su impacto. La intervención temprana reduciría el malestar, la interferencia y el empeoramiento progresivo. Son diversos los estudios que han destacado la importancia de poner en marcha programas de intervención de primeros casos en colegios y en clínicas y sistemas de salud, realizar estudios de screening en colegios y atención primaria, y favorecer la coordinación y derivación entre centros no sanitarios y profesionales sanitarios (Wang et al., 2007). El deterioro en la calidad de vida puede ser tanto una causa como una consecuencia del cuadro psicopatológico, por ello es importante trabajar con el entorno próximo a poblaciones vulnerables a la patología mental para que esté atento a la interferencia en el funcionamiento cotidiano como forma de detectar precozmente la psicopatología y limitar su progresivo impacto. De forma específica respecto al TOC, Fullana et al. (2009) han incidido en la importancia de la temprana detección de obsesiones y compulsiones en población no clínica como forma de reducir potencialmente el malestar e interferencia y el riesgo de desarrollar un cuadro completo de TOC.

Una propuesta adicional consistiría en orientar a los profesionales sanitarios para que realicen evaluaciones clínicas exhaustivas prestando atención a aquellos indicios que puedan llevar a sospechar la existencia de determinados cuadros clínicos.

El-Sayegh, Bea y Agelopoulos (2003) plantearon que los pacientes con TOC, ante la vergüenza y el apuro que sienten respecto a la sintomatología, tienden a ocultarla al médico de atención primaria y esperan que éste les proporcione una ayuda sin que sea solicitada y así alivie la ansiedad anticipatoria que experimentan al considerar la posibilidad de revelar el problema. Es por ello, que los autores recomiendan que el MAP pregunte directamente sobre la sintomatología OC o infiera su presencia de signos como p.e. manos enrojecidas o excesivamente secas, preguntas frecuentes sobre gérmenes y contaminación o quejas de familiares sobre hábitos inusuales, repetitivos o peculiares del paciente.

Por otra parte, con el objetivo de reducir los costes de tiempo y esfuerzo y de reducir la exposición social y la vergüenza, se podrían desarrollar tratamientos psicológicos basados en la evidencia a través de internet. Estudios como el de Wootton, Titov, Dear, Spence y Kemp (2011) y el de Herbst, Voderholzer, Stelzer, Knaevelsrud, Hertenstein et al. (2012) ponen de manifiesto la utilidad de este formato de tratamiento en personas con TOC.

Finalmente, respecto a aquellos que desconfían de la ayuda profesional o los que no saben dónde buscar ayuda, resulta imprescindible hacer campañas para informar y concienciar de la existencia de tratamientos eficaces y facilitar la puesta en marcha de tratamientos basados en la evidencia. Este aspecto también es muy importante si tenemos en cuenta que, si lo que se intenta es favorecer que el paciente busque ayuda profesional, el siguiente paso importantísimo es favorecer que el paciente reciba el tratamiento más adecuado en Salud Mental. Si este no es el final, los esfuerzos para que el paciente busque tratamiento no habrán compensado suficientemente. Un tratamiento parcial e insuficiente favorece la cronificación, el agravamiento, las recaídas y la vivencia de que el tratamiento no es útil, por lo que puede condicionar futuras búsquedas de ayuda profesional. Santucci, McHugh y Barlow (2012) plantearon que, no solo un bajo porcentaje de pacientes con trastorno mental reciben tratamiento, también es bajo el porcentaje de los que reciben un tratamiento psicológico basado en la evidencia, a pesar de su demostrada eficacia. Para mejorar esta situación los autores proponen incrementar la conciencia de los pacientes sobre la existencia de tratamientos psicológicos eficaces, favorecer que los pacientes hagan demanda de este tipo de intervención y facilitar un contacto inicial con el tratamiento psicológico a través medios telemáticos que abra las puertas al uso de otros recursos. Para los autores, favorecer el acceso y conocimiento de los

tratamientos psicológicos incrementa la cultura en salud mental y reduce el estigma, las malas interpretaciones y los mitos sobre estos tratamientos. La estrategia la basan en conocer las preferencias, valores y percepciones del paciente y de su entorno, en conectar el tratamiento psicológico con sus necesidades y deseos, en hacer un balance entre costes y beneficios, y en dar a conocer el tratamiento a través de diferentes canales de comunicación (p.e. medios de comunicación, anuncios, campañas). En este sentido, cabe destacar el caso de los cuadros subclínicos, ya que éstos también tienen repercusión negativa sobre la calidad de vida y, aunque solicitan atención en Atención Primaria, reciben menos tratamiento en Salud Mental (Grabe et al., 2000; Cameron, Lawton y Reid, 2011). Wang et al. (2005b) encontraron que solo un 32,7% de los pacientes tratados consideraron estar recibiendo un tratamiento, al menos, mínimamente adecuado. La probabilidad de recibir un tratamiento mínimamente adecuado era más probable en SM y menos en Atención Primaria. Elhai et al. (2009), en una muestra clínica procedente de atención primaria, encontraron que el 62% no había recibido tratamiento en USM durante los 6 meses previos. Aunque, se podría responsabilizar de esta situación a un fallo de derivación, también hay estudios en los que se establece que aunque la solicitud de ayuda por parte SM la puede hacer directamente el paciente, esto tampoco incrementa una mayor demanda de tratamiento en este recurso (Ramirez et al., 2009).

9. Limitaciones del estudio

En primer lugar, cabe destacar el bajo tamaño muestral de la mayoría de grupos clínicos, con excepción del grupo TOC, lo cual exige tomar con cautela los resultados obtenidos. Por otra parte, al definir los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, se estableció un sesgo de selección. En este sentido, se determinó que predominaran los pacientes sin comorbilidad con otros trastornos mentales ni con enfermedades médicas y sin historia de tratamientos previos. El objetivo fue ajustar el estudio del proceso de búsqueda de ayuda al diagnóstico principal sin que estuviera influido por otros cuadros psicopatológicos o médicos y hacer coincidir la evaluación de la primera solicitud de tratamiento con el momento en que se produce esa búsqueda inicial. Sin embargo, esto originó que la muestra del estudio no fuera una muestra clínica suficientemente representativa.

Además, es importante reseñar que la muestra empleada en el estudio fue población clínica que solicitó tratamiento, pero no se incluyó a personas con el mismo diagnóstico que nunca hubieran solicitado tratamiento. Entre ambos grupos de sujetos podrían darse diferencias clínicas y variaciones en los motivos de reconocimiento y de demora del tratamiento que no aparecen recogidas en los resultados encontrados.

Dado que se analiza la primera vez que se buscó ayuda profesional y que no tiene necesariamente que coincidir con el momento de la evaluación, cabría esperar un sesgo de memoria que distorsione el recuerdo de la información y por tanto sesgue los datos aportados por los pacientes. Además, esta situación implica que, en algunos casos se han comparado variables pertenecientes a momentos temporales distintos, ya que se evaluó el estado clínico presente, mientras que se analizó el proceso de búsqueda de ayuda de cierto tiempo atrás.

A pesar de que el diseño de la Entrevista estructurada sobre la demora en solicitar ayuda profesional intentó apresar la complejidad del proceso, no contempló la percepción de necesidad de tratamiento ni los motivos asociados a ella como etapa diferenciada. Aunque la percepción de necesidad de tratamiento se encuentra muy vinculada a la búsqueda de tratamiento, no se reduce a ella. De hecho, hay pacientes que no solicitan tratamiento, a pesar de considerarlo necesario y hay pacientes que reciben tratamiento sin percibir su necesidad. Elhai et al. (2009) encontraron que el 77,5% de los pacientes que recibieron tratamiento percibieron la necesidad del mismo, mientras que un 22,5% que también valoraron la necesidad de tratamiento no

acabaron recibéndolo. Cabe resaltar que el hecho de incluir la evaluación de este aspecto hubiera requerido un sobreesfuerzo metacognitivo a los pacientes que podría haber creado más confusión que claridad.

Por último, aunque en dicha entrevista se intentó apresar los motivos de reconocimiento, demora y consulta más representativos, cabe considerar que falten motivos relevantes, como aquellos referentes a la sintomatología física de los cuadros psicopatológicos o su repercusión sobre la salud física. “Pensaba que mi salud corría peligro” aparece como única razón de consulta más relacionada con este aspecto. Cabría ampliar la valoración de la parte somática, ya que puede haber casos que sea el principal motivo de búsqueda de tratamiento.

10. Futuras líneas de investigación

Dado que el presente estudio se ha centrado en unos determinados trastornos mentales, sería interesante ampliar el estudio a **otros grupos clínicos** con el fin de establecer más perfiles de búsqueda de ayuda profesional y mayor comparativa entre diagnósticos. Por otra parte, lo habitual es que los pacientes no tengan cuadros clínicos tan puros como los que componen la muestra de este estudio. La **complejidad clínica** puede favorecer que el paciente pida ayuda antes dado que se incrementa la gravedad y la interferencia y disminuye la calidad de vida. Sin embargo, esa complejidad clínica no siempre asegura que el tratamiento recibido sea el más idóneo, sobre todo si el principal motivo de consulta dificulta la detección de otros cuadros clínicos de base, como por ejemplo el hecho de que un trastorno depresivo mayor enmascare la presencia de otro trastorno mental. El objetivo de seleccionar casos relativamente puros es aislar las variables del proceso de búsqueda de ayuda inherentes a cada cuadro diagnóstico, pero sería interesante analizar cómo se manifiesta dicho proceso en casos más complejos.

Otra línea de investigación podría ir orientada a analizar, en lugar de la primera vez que se solicita tratamiento, **posteriores búsquedas de ayuda profesional** en respuesta a empeoramientos clínicos o recaídas. De esta forma, se podría estudiar la influencia de tratamientos previos sobre búsquedas de ayuda posteriores. Es importante analizar la diferente motivación en la búsqueda de tratamiento a lo largo del curso del trastorno, ya que no es lo mismo al inicio que en posteriores reagudizaciones. De hecho, en la literatura se ha señalado que la predisposición a buscar tratamiento en Salud Mental se asoció con un contacto personal previo o indirecto con dicho tratamiento (Schomerus et al., 2009). Por ello, sucesivas solicitudes de tratamiento podrían estar influidas por tratamientos previos tanto para bien, si fue bien, como para mal, si fue mal. Por contra, también resulta relevante analizar las etapas de reconocimiento, revelación y demora en **personas que no han solicitado tratamiento**. Esta línea de estudio permitiría profundizar en los motivos que impiden la búsqueda de tratamiento y desarrollar pautas de actuación que la favorezcan.

Por otro lado, aunque la **motivación al cambio** se ha analizado en referencia a los trastornos por consumo de sustancias, también es aplicable a otros trastornos mentales. Por ello, podría resultar interesante analizar la influencia de esta variable sobre la búsqueda de ayuda profesional. Del mismo modo, podría ser conveniente

analizar la influencia de los **rasgos de personalidad** en el proceso de solicitud de tratamiento. En este sentido, Dolan, Martin y Rohsenow (2008), en un estudio con población con dependencia a cocaína que buscó tratamiento, la autoeficacia se asoció con un mayor deseo de dejar de consumir y una menor ansia por consumir en situaciones de alto riesgo, además una elevada autoeficacia predijo un menor consumo y una baja autoeficacia estuvo presente en personas con más síntomas depresivos. Por otra parte, en el estudio de Seekles et al. (2012), el neuroticismo y la apertura a la experiencia favorecieron la percepción de necesidad de ayuda, mientras que en el estudio de Cullen et al. (2008), los rasgos obsesivos o el trastorno obsesivo de personalidad estuvieron más presentes en el grupo que no recibió tratamiento. De la misma manera, Meyer (2005), en un estudio con mujeres jóvenes con alteraciones de la conducta alimentaria, se vio que aquellas que no percibían la necesidad de tratamiento tenían mecanismos defensivos más inmaduros (p.e. la negación).

Una línea adicional de investigación consistiría en analizar cómo afecta al proceso de búsqueda de ayuda del paciente la presencia de **antecedentes psicopatológicos familiares** y el manejo que hacen las personas del entorno de sus propias demandas de tratamiento.

Es importante señalar la relevancia de las **diferencias culturales** en la búsqueda de tratamiento, lo cual supondría un ámbito muy interesante de estudio. En la presente investigación, toda la muestra fue española, salvo un paciente de nacionalidad italiana. Esta situación impidió realizar comparaciones entre nacionalidades. Aunque el porcentaje de pacientes con trastorno mental que no recibe tratamiento es en general muy elevado, se han encontrado diferencias según los países (Kohn, Saxena, Levav y Saraceno, 2004). La literatura ha destacado la influencia de los patrones culturales sobre la demanda y el acceso al tratamiento y sobre la percepción y vivencia de la psicopatología, lo cual influye a su vez sobre la búsqueda de ayuda. En este sentido, el estudio transcultural de Wang et al. (2007) puso de manifiesto que hay muchas personas con trastorno mental que nunca recibieron tratamiento, sobre todo en países en vías de desarrollo, debido a barreras económicas y estructurales, y los que lo recibieron fue en muchos casos tras demoras de años o incluso décadas. De forma generalizada, en todos los países estudiados, se observó una menor búsqueda de tratamiento en los trastornos con menos necesidad percibida, como los trastornos por consumo de sustancias, y en trastornos con inicio temprano. Respecto a este último resultado, los autores plantearon dos explicaciones:

por una parte, que la búsqueda de ayuda depende de los padres o los adultos que rodean al paciente y muchas veces éstos normalizan los síntomas o no reconocen el problema hasta que éste no alcanza un nivel alto de gravedad, y por otra parte, que los recursos de salud mental infantil son poco accesibles. Una mayor búsqueda de tratamiento se dio en el grupo de edad más joven, como resultado de los programas de desestigmatización y concienciación sobre la patología mental, y en las mujeres, ya que éstas identificaron más el malestar como un problema emocional. También se observó menos demora en los trastornos afectivos como resultado de ser objeto de campañas educativas, de programas orientados a mejorar la intervención en atención primaria y de tratamientos avanzados, y más demora en los trastornos de ansiedad debido a que presentaron un inicio más temprano y menos interferencia.

En el estudio de ten Have et al. (2010) se analizaron las actitudes hacia la búsqueda de atención en Salud Mental de diferentes países europeos. En todos ellos, predominaron actitudes positivas en las 4 variables analizadas (i.e. tendencia a solicitar tratamiento ante la presencia de un problema emocional grave, comodidad ante tener que hablar de problemas personales con un profesional, no sentir vergüenza si los amigos supieran que se recibe ayuda profesional y valoración de eficacia de la ayuda profesional). Las 4 actitudes se asociaron con la búsqueda de tratamiento en Salud Mental. Las variables que se asociaron con dichas actitudes fueron: ser mujer, tener una edad inferior a 65 años, tener un elevado nivel socioeconómico, vivir en España o Italia, la presencia de un trastorno afectivo y tener una historia de tratamientos previos.

Por otra parte, Chong et al. (2012) pusieron de manifiesto la influencia de la cultura en cómo el paciente percibe la naturaleza de sus síntomas y sus causas. De esta forma, destacaron la tendencia de los asiáticos a centrarse más en la parte física de los trastornos mentales que en la emocional o psicológica, lo que contribuye a que pidan menos ayuda por parte de los recursos de Salud Mental. Esta tendencia a la somatización refleja el rechazo social del malestar psicológico y permite manifestar el malestar emocional de una manera socialmente no sancionable.

En el estudio de Williams, Domanico, Marques, Leblanc y Turkheimer (2012) se analizaron las barreras para solicitar tratamiento en afro-americanos. Aunque esas barreras fueron similares entre los afro-americanos y los euro-americanos, los primeros presentaron menos conocimientos sobre dónde buscar ayuda y más preocupación sobre la desigualdad del tratamiento en función de la raza, mientras que

los segundos refirieron con más probabilidad sentirse decepcionados sobre el resultado de tratamientos previos. Los principales impedimentos señaladas por los afro-americanos fueron el coste del tratamiento y falta de cobertura del seguro, el estigma (sobre todo en mujeres), la creencia de que el tratamiento no cumpliría con las expectativas o de que se perdería el interés a lo largo del mismo (más presente en personas con menos sentimiento de pertenencia étnica, en jóvenes y en personas con más nivel educativo), el sentimiento de vulnerabilidad por temor a ser hospitalizado involuntariamente, no valorar la necesidad de tratamiento por percibir que los síntomas no interferían en el funcionamiento cotidiano (por normalización de los síntomas o por recurrir a la religión como estrategia de afrontamiento), la falta de conciencia sobre el problema y las opciones de tratamiento, y estar demasiado ocupado como para acudir a tratamiento (sobre todo en jóvenes y personas con bajo nivel socioeconómico).

Ho, Hunt y Li (2008) estudiaron la búsqueda de ayuda en población china inmigrante con trastornos de ansiedad. Este estudio destacó la tendencia a considerar los problemas de ansiedad como algo físico, sin atribuirlos a una causa completamente psicológica. Además, la tendencia a la somatización de la población china supone un riesgo de fallos diagnósticos y de tratamiento. Aunque el tiempo de demora fue similar al de la población autóctona, tardaron más tiempo en reconocer el problema como ansiedad que en pedir ayuda (lo reconocen como ansiedad durante el tratamiento), al contrario de que lo ocurre en la población australiana, donde el tiempo que tardaron en reconocer el problema fue menor que en solicitar ayuda.

Respecto al TOC, Juang y Liu (2001) analizaron la fenomenología de TOC en Taiwan y encontraron que muchas características clínicas eran similares a las de otros países. Por otra parte, Demet et al. (2010) señalaron que en la sociedad turca hay aprobación de la conducta de lavado y limpieza por lo que la demora en la solicitud de tratamiento es mayor en este subtipo de TOC. Así mismo, Cherian et al. (2012) encontraron en población clínica con TOC que las obsesiones de contaminación se asociaron con un pobre insight y las obsesiones sexuales, religiosas y agresivas con mayor insight. Esta circunstancia puede estar relacionada con el hecho de que en la cultura india se valora la limpieza e higiene y el sexo es un tema tabú.

Respecto a los síntomas depresivos, Bernert, Matschinger, Alonso, Haro, Brugha et al. (2009) analizaron las diferencias en esta sintomatología en diferentes países europeos. Encontraron un patrón similar en la prevalencia de síntomas depresivos, pero se obtuvieron discretas diferencias en el peso que algunos síntomas

tenían. Respecto a esto último, en España e Italia tenían más peso la alteración psicomotora, el sentimiento de culpa e inutilidad, la ganancia o pérdida de peso, la falta de interés y los síntomas cognitivos. Sin embargo, en Bélgica y Alemania tenía menos relevancia la falta de interés y la ganancia o pérdida de peso, y en Alemania, en ese sentido también, el suicidio y los problemas de sueño. Estas diferencias, aunque sutiles, podrían dar lugar a una percepción y reconocimiento diferente de los cuadros psicopatológicos y a patrones diferentes de búsqueda de ayuda en función de que la sintomatología presente coincida con la más o menos predominante.

Por último, otro aspecto a tener en cuenta es la diferencia entre solicitar ayuda profesional y acabar recibiendo el **tratamiento necesario**. Esta diferenciación es importante respecto a la demora en la solicitud de tratamiento en aquellos casos en los que el paciente busca ayuda por una complicación derivada del trastorno (p.e, complicaciones dermatológicas en el TOC, complicaciones físicas en los TCA o en los trastornos por consumo de sustancias, crisis de ansiedad que son atendidas en urgencias), pero no se diagnostica el trastorno mental de base y por tanto no se moviliza el tratamiento adecuado, ya sea por déficits en la exploración clínica ya sea por déficits en la información clínica aportada por el paciente. Otra diferenciación importante radica en las variables que participan en la búsqueda de ayuda y las que participan en el **mantenimiento del tratamiento**. Esto es especialmente relevante en los TCA y en el Trastorno por consumo de sustancias, ya que en muchos casos el primer contacto es promovido por la familia, mientras que los pacientes muestran ambivalencia hacia el tratamiento o incluso rechazo. Ante estas dos situaciones, convendría prolongar el estudio del proceso de búsqueda de ayuda más allá de la solicitud de tratamiento y analizar así el tipo de tratamiento recibido, la valoración del paciente sobre su utilidad y satisfacción, y el resultado obtenido respecto a la mejoría clínica.

CONCLUSIONES

1. Estructura y contenido de la Entrevista sobre la demora en solicitar ayuda profesional por padecer un trastorno mental:
 - 1.1. Inicialmente, la Entrevista se estructuró en tres bloques secuenciales, siguiendo las fases del proceso de búsqueda de ayuda que habitualmente se contemplan en la literatura especializada: reconocimiento del problema, revelación del problema y consulta con un profesional sanitario.
 - 1.2. Las respuestas de los pacientes entrevistados proporcionaron una estructura de tres dimensiones (análisis factorial) que recogen tres conjuntos de motivaciones y valoraciones personales relacionados con la consulta: a) motivos de consulta relacionados con síntomas emocionales y pérdida de control; b) motivos que dificultan la consulta relacionados con la minimización del problema; y c) motivos que dificultan la consulta relacionados con el miedo y el estigma.
 - 1.3. Tanto la estructura teórica establecida a priori, como la encontrada mediante el análisis empírico, incluyen aspectos muy importantes, pero también diferentes, del proceso de búsqueda de ayuda: las fases del proceso en sí, y los síntomas y valoraciones personales en los que se basan los afectados. Ambos deberían ser tenidos en consideración en los programas y/o campañas públicas de lucha contra el estigma, así como en los de detección temprana de trastornos mentales.

2. Predominaron los procesos de búsqueda de ayuda prolongados, ya que en general duraron, como mínimo, prácticamente un año.
 - 2.1. En los grupos TOC, TCA y Cocaína el proceso de búsqueda de ayuda se prolongó más en el tiempo que en los grupos TDM y Agorafobia.
 - 2.2. El tiempo medio transcurrido hasta reconocer el problema osciló entre los 3,76 meses (en el grupo Agorafobia) hasta los 47,18 meses (en el grupo Cocaína).
 - 2.3. El tiempo medio transcurrido hasta hablar por primera vez del problema osciló entre los 5,83 meses (en el grupo TDM) hasta los 56,35 meses (en el grupo Cocaína).
 - 2.4. El tiempo medio transcurrido hasta solicitar tratamiento osciló entre los 8 meses (en el grupo TDM) hasta los 74,14 meses (en el grupo Cocaína).

3. Además de la importancia de la duración del proceso de búsqueda de ayuda, destacó la relevancia de las variables motivacionales, las cuales confirieron un carácter personal y dinámico al proceso.
 - 3.1. Predominaron las similitudes entre los trastornos mentales frente a las diferencias, lo cual podría explicarse bien porque las características fundamentales del proceso son transdiagnósticas y/o bien porque la entrevista de evaluación no apresó suficientemente las peculiaridades de cada grupo clínico.
 - 3.2. Los motivos de reconocimiento más relevantes en la mayoría de trastornos fueron la interferencia, la presencia de ansiedad, la falta de control y los cambios en el comportamiento.
 - 3.3. Los motivos más relevantes que contribuyeron a retrasar la solicitud de tratamiento en la mayoría de trastornos fueron el pensar que se pasaría y el creer que se podía controlar el problema.
 - 3.4. El estigma y la minimización del problema jugaron un papel muy importante en la demora en solicitar ayuda profesional.
 - 3.5. Los motivos más relevantes que favorecieron la solicitud de tratamiento en la mayoría de los trastornos fueron la pérdida de control, el percibir que el problema dominaba la vida, la interferencia, el comprobar que no se pasaba y la frecuencia o el miedo a que aumentara.
 - 3.6. Los pacientes con dependencia a cocaína fueron los que menos motivos de consulta presentaron y los que, junto con los pacientes con TCA, más minimizaron el problema. Por otra parte, los pacientes con agorafobia fueron los que más motivos de consulta destacaron y los que, junto con los pacientes TOC, menos minimizaron el problema.
 - 3.7. Los tres motivos de reconocimiento que diferenciaron a los grupos clínicos fueron la tristeza, observar cambios en el comportamiento y que “*alguien se lo dijo*”. El grupo TDM fue el que más señaló estos motivos, mientras que los pacientes de los grupos Agorafobia y TOC los indicaron significativamente menos.
 - 3.8. Los motivos de demora en la solicitud de tratamiento que diferenciaron a los grupos clínicos fueron: sentirse culpable, pensar que se podía controlar el problema, percibir sensaciones placenteras asociadas al problema y considerar el problema algo común. Respecto a estos motivos, cabe señalar que el grupo Agorafobia fue el que menos sentimientos de culpa

experimentó, el grupo TOC fue el que menos vivencia de control tuvo sobre el problema, mientras que los grupos TCA y Cocaína fueron los únicos que indicaron las sensaciones placenteras como un motivo para demorar la solicitud de ayuda. Además, el grupo Cocaína es el que más señaló que consideraba el problema “*algo común*”.

- 3.9. La mayor diferenciación entre los grupos clínicos se dio en los motivos que favorecieron la consulta con un profesional sanitario. Concretamente, los motivos diferenciadores fueron los referentes a aspectos emocionales (i.e. ansiedad, tristeza y miedo al problema y a volverse loco), el incremento de la frecuencia y el comprobar que no se pasaba, la interferencia, la recomendación por parte de otra persona y el pensar que hablar del problema podría hacer que se hiciera realidad. En la mayoría de ellos, el grupo Agorafobia fue el que más los señaló y el grupo Cocaína el que menos.

4. En todos los trastornos estudiados, las variables sociodemográficas y las variables clínicas jugaron un papel importante tanto en los períodos temporales como en las variables motivacionales del proceso de búsqueda de ayuda.

5. Respecto al proceso de búsqueda de ayuda en el TOC, cabe destacar lo siguiente:
 - 5.1. Los pacientes más jóvenes y solteros tardaron menos tiempo en solicitar ayuda profesional, mientras que los pacientes más mayores tardaron más tiempo en reconocer el problema y hablar por primera vez de él.
 - 5.2. La gravedad del TOC tuvo una asociación diferencial con la duración del proceso, en función de los síntomas experimentados: mientras un mayor malestar hacia las obsesiones y un mayor tiempo empleado en ellas se asoció con un proceso más breve, una mayor resistencia hacia las obsesiones y un mayor tiempo empleado en las compulsiones se asoció con una mayor duración del proceso.
 - 5.3. Un mayor tiempo de evolución del TOC se asoció con un proceso más largo, lo que indica una vez más la importancia de una detección temprana de cara a atenuar la tendencia a la cronificación del trastorno.

- 5.4. Una mayor presencia de preocupaciones rumiativas, características de la ansiedad generalizada (worry), se asoció con una menor duración del proceso, sin embargo, una mayor afectación de la calidad de vida a nivel depresivo predijo la tardanza en la solicitud de tratamiento.
 - 5.5. La frecuencia de los síntomas O-C, la ansiedad y la interferencia que generaban y los cambios en el comportamiento que provocaban contribuyeron en gran medida al reconocimiento y se asociaron con una solicitud de tratamiento más temprana.
 - 5.6. La demora en la solicitud de tratamiento se produjo por la influencia del miedo al estigma y la minimización del problema. De hecho, la minimización del problema supondría una forma de evitar el tratamiento para no exponer al estigma asociado a él.
 - 5.7. Esa demora en la consulta con un profesional por la minimización del problema se asoció con un período de reconocimiento y de revelación más largos.
 - 5.8. La gran cantidad de motivos interrelacionados que participaron en la solicitud de ayuda profesional indicaron el elevado grado de deterioro previo y cómo, ante este, apareció la necesidad de recibir tratamiento.
6. En referencia al proceso de búsqueda de ayuda en la Agorafobia, es importante resaltar que:
- 6.1. La presencia de apoyo social y un mayor nivel socioeconómico se asociaron con un período de reconocimiento más breve.
 - 6.2. Tener más edad y presentar una agorafobia de más larga evolución prolongó los períodos de revelación y de solicitud de ayuda profesional. Como en el caso del TOC, la detección temprana de los síntomas resulta crucial para minimizar o evitar la cronificación y el deterioro.
 - 6.3. La interferencia tuvo un peso muy importante en el período de reconocimiento
 - 6.4. El estigma personal y el temor al estigma social tuvieron también en este caso una gran relevancia en la demora de la solicitud de ayuda profesional
 - 6.5. La consulta con un profesional sanitario se produjo por la influencia de la frecuencia de la agorafobia, la ansiedad e interferencia generadas por ésta y la pérdida de control.

7. Con relación al proceso de búsqueda de ayuda en el Trastorno depresivo mayor, cabe destacar que:
 - 7.1. Una mayor cronificación del trastorno y la presencia de comorbilidad con otros trastornos mentales se asociaron con un proceso de búsqueda de ayuda más prolongado, mientras que una mayor presencia de llanto predijo un proceso más breve.
 - 7.2. El reconocimiento del problema se basó en la influencia de los cambios en el comportamiento, la interferencia y la percepción de falta de control sobre el trastorno.
 - 7.3. La demora en la solicitud de tratamiento estuvo influida por el estigma y por la minimización del problema, de forma que esta minimización pudo justificar la tardanza en la solicitud de ayuda profesional como forma de evitar exponerse al estigma asociado a recibir tratamiento.
 - 7.4. La demora en el reconocimiento del problema y en la revelación se asoció con la influencia del estigma sobre la demora en la solicitud de tratamiento.
 - 7.5. La consulta con un profesional se produjo por la interrelación entre la frecuencia con la que se presentaba el problema, la ansiedad que producía y la vivencia de pérdida de control.

8. Respecto al proceso de búsqueda de ayuda en los Trastornos de la conducta alimentaria, cabe incidir en que:
 - 8.1. Tener mayor edad, estar casado o tener pareja estable y carecer de apoyo social se asoció con un proceso de búsqueda de ayuda más largo.
 - 8.2. Un IMC más alto, una mayor gravedad de la BN, más insatisfacción hacia el cuerpo y una mayor cronificación del TCA se asociaron también a una mayor prolongación de las fases del proceso de búsqueda de ayuda. Sin embargo, una mayor restricción alimentaria se relacionó con una menor duración del período de consulta con un profesional.
 - 8.3. La interrelación entre la pérdida de control y la tristeza resultó relevante en el reconocimiento del problema.
 - 8.4. La minimización del problema jugó un papel muy relevante en la demora de la búsqueda de tratamiento. Esa minimización fue menor en las pacientes con mayor estigma personal y más miedo al estigma social.

- 8.5. El miedo al rechazo se relacionó con una mayor duración del proceso de búsqueda de ayuda, mientras que la observación de cambios en el comportamiento se asoció a una menor duración del proceso.
 - 8.6. La mayoría de motivos que participaron en la solicitud de ayuda profesional estuvieron interrelacionados, lo cual podría indicar el elevado grado de deterioro previo a la búsqueda de tratamiento y cómo, ante ello, aparece la necesidad de recibir tratamiento.
9. En referencia al proceso de búsqueda de ayuda en el Trastorno por dependencia a cocaína, es importante destacar lo siguiente:
- 9.1. La presencia de apoyo social se asoció con períodos de reconocimiento y de revelación más breves, mientras que una mayor cronificación de la dependencia prolongó más el proceso de búsqueda de ayuda.
 - 9.2. La demora en la solicitud de tratamiento estuvo muy determinada por el estigma y por la minimización del problema.
 - 9.3. La minimización del problema también se asoció con una mayor prolongación de los períodos de reconocimiento y de revelación.
 - 9.4. La consulta con un profesional sanitario estuvo marcada por la interrelación entre la frecuencia del problema, la interferencia que provocaba, la pérdida de control y el considerar el problema algo malo.
10. El entorno cercano del paciente, fundamentalmente la familia, jugó un papel muy importante en favorecer el reconocimiento y la búsqueda de tratamiento, sobre todo ante la observación de cambios en el comportamiento de los pacientes. Sin embargo, su influencia estuvo matizada por el malestar e interferencia que generaba el trastorno, ya que, cuando estos eran elevados, el paciente por si solo fue capaz de reconocer el problema y buscar ayuda.

11. El primer profesional del que se recibió atención fue el MAP en todos los casos, salvo en los pacientes con dependencia a cocaína, quienes recibieron dicha atención en primer lugar del psicólogo clínico. Ambos resultados reflejan el funcionamiento del sistema de salud público del que se han obtenido los datos del estudio.

12. La mayoría de pacientes de todos los trastornos mentales incluidos en este estudio reconocieron la conveniencia de haber solicitado tratamiento nada más reconocer el problema. Teniendo en cuenta esta consideración y los beneficios clínicos de recibir tratamiento de forma precoz, es importante acelerar el proceso de búsqueda de ayuda. Esto supone facilitar que se reconozca antes el problema y, una vez reconocido, animar a solicitar ayuda antes. Para conseguir estos dos objetivos, resulta muy relevante el papel del entorno del paciente y el de los profesionales.
 - 12.1. Como se ha visto en este estudio, la familia y el grupo social contribuye a reconocer el problema, a solicitar tratamiento y a reducir el estigma.
 - 12.2. Conocer los motivos que llevan a los pacientes a solicitar de ayuda profesional o demorarla permite a los profesionales desarrollar líneas de actuación, tanto en la población general como en poblaciones clínicas, orientadas a desarrollar la psicoeducación, a concienciar de la importancia de recibir tratamiento y a acercar ese tratamiento a los grupos clínicos más reticentes a recibirlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A.T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47, 339-349.
- Adlaf, E.M., Hamilton, H.A., Wu, F., & Noh, S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: effects of age and drug use behaviour. *Addictive Behaviors*, 34, 360-364.
- Agüera-Ortiz, L., Failde, I., Mico, J.A., Cervilla, J., & López-Ibor, J.J. (2011). Pain as a symptom of depression: prevalence, and clinical correlates in patients attending psychiatric clinics. *Journal of Affective Disorders*, 130, 106-112.
- Ahern, J., Stuber, J., & Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 188-196.
- Albert, U., Bogetto, F., Maina, G., Saracco, P., Brunatto, C., & Mataix-Cols, D. (2010a). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*, 179, 204-211.
- Albert, U., Maina, G., Bogetto, F., Chiarle, A., & Mataix-Cols, D. (2010b). Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 193-200.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180-186.
- American Psychological Association, APA (2002). DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association, APA (2014). DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Panamericana.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 775-777.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.

- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001a). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001b). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179, 417-425.
- Antony, M.M., Downie, F., & Swinson, R.P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. En R.P. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder. Theory, research and treatment*. Nueva York: The Guilford Press.
- Bahk, W.M., Park, S., Jon, D.I., Yoon, B.H., Min, K.J., & Hong, J.P. (2011). Relationship between painful physical symptoms and severity of depressive symptomatology and suicidality. *Psychiatry Research*, 189, 357-361.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Jorm, A.F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.
- Beard, C., Weisberg, R.B., & Keller, M.B. (2010). Health-related quality of life across the anxiety disorders: findings from a sample of primary care patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 559-564.
- Bebbington, P.E., Meltzer, H., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000a). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1367.
- Bebbington, P.E., Brugha, T.S., Meltzer, H., Jenkins, R., Ceresa, C., Farrell, M., & Lewis, G. (2000b). Neurotic disorders and the receipt of psychiatric treatment. *Psychological Medicine*, 30, 1369-1376.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual of the Beck Depression Inventory-Second Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becker, A.E., Arrindell, A.H., Perloe, A., Fay, K., & Striegel-Moore, R.H. (2010). A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: perspectives from ethnically diverse health care consumers. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 633-647.

- Becker, A.E., Thomas, J.J., Franko, D.L., & Herzog, D.B. (2005). Disclosure patterns of eating and weight concerns to clinicians, educational professionals, family, and peers. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 18-23.
- Belloch, A., del Valle, G., 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.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Soriano, G. (2009) Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89.
- Ben-Porath, D.D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 400-413.
- Berlim, M.T., McGirr, A., & Fleck, M.P. (2008). Can sociodemographic and clinical variables predict the quality of life of outpatients with major depression?. *Psychiatry Research*, 160, 364-371.
- Bernert, S., Matschinger, H., Alonso, J., Haro, J.M., Brugha, T.S., Angermeyer, M.C., & The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2009). Is it always the same? Variability of depressive symptoms across six European countries. *Psychiatry Research*, 168, 137-144.
- Beşiroğlu, L., & Ağargün, M.Y. (2006). The correlates of health care seeking behavior in obsessive compulsive disorder: a multidimensional approach. *Turkish Journal of Psychiatry*, 17, 1-9.
- Beşiroğlu, L., Çilli, A.S., & Aşkın, R. (2004). The predictors of health care seeking behavior in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 99-108.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: a dynamic interpretive model of illness behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 29, 983-1002.

- Bienvendu, O.J., Onyike, C.U., Stein, M.B., Chen, L.S., Samuels, J., Nestadt, G., & Eaton, W.W. (2006). Agoraphobia in adults: incidence and longitudinal relationship with panic. *British Journal of Psychiatry*, 188, 432-438.
- Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.
- Bland, R.C., Newman, S.C., & Orn, H. (1997). Help-seeking for psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 935-942.
- Blumenthal, R., & Endicott, J. (1996). Barriers to seeking treatment for major depression. *Depression and Anxiety*, 4, 273-278.
- Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Arango, C., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-245.
- Brown, C.H., Bennett, M.E., Li, L., & Bellack, A.S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36, 439-447.
- Brown, S.A. (2011). Standardized measures for substance use stigma. *Drug and Alcohol Dependence*, 116, 137-141.
- Bruce, M.L., Wells, K.B., Miranda, J., Lewis, L., & Gonzalez, J.J. (2002). Barriers to reducing burden of affective disorders. *Mental Health Services Research*, 4, 187-197.
- Caldeira, K.M., Kasperski, S.J., Sharma, E., Vincent, K.B., O'Grady, K.E., Wish, E.D., & Arria, A.M. (2009). College students rarely seek help despite serious substance use problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 368-378.
- Cameron, I.M., Lawton, K., & Reid, I.C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 130, 99-105.
- Carpenter, K.M., Miele, G.M., & Hasin, D.S. (2002). Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use?. *Addictive Behaviors*, 27, 207-225.

- Carragher, N., Adamson, G., Bunting, B., & McCann, S. (2010). Treatment-seeking behaviours for depression in the general population: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective Disorders*, 121, 59-67.
- Cassin, S.E., Richter, M.A., Zhang, K.A., & Rector, N.A. (2009). Quality of life in treatment-seeking patients with obsessive-compulsive disorder with and without major depressive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 460-467.
- Chartier-Otis, M., Perreault, M., & Bélanger, C. (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatric Quarterly*, 81, 127-138.
- Cherian, A.V., Narayanaswamy, J.C., Srinivasaraju, R., Viswanath, B., Math, S.B., Kandavel, T., & Reddy, Y.C.J. (2012). Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? *Journal of Affective Disorders*, 138, 352-359.
- Chong, S.A., Abidin, E., Sherbourne, C., Vaingankar, J., Heng, D., Yap, M., & Subramaniam, M. (2012). Treatment gap in common mental disorders: the Singapore perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 195-202.
- Christiana, J.M., Gilman, S.E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P.L., Olfson, M., & Kessler, R.C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, 30, 693-703.
- Chung, K.F., Tso, K.C., Yeung, W.F., & Li, W.H. (2012). Quality of life in major depressive disorder: the role of pain and pain catastrophizing cognition. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 387-395.
- Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Clark, H.W., Power, A.K., Le Fauve, C.E., & López, E.I. (2008). Policy and practice implications of epidemiological surveys on co-occurring mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 3-13.

- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Bernert, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J.M., Kovess, V., Vilagut, G., & Kessler, R.C. (2009). Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: results of the ESEMeD Project. *Psychiatric Services*, 60, 1051-1058.
- Cole, J., Logan, T.K., & Walker, R. (2011). Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and Alcohol Dependence*, 113, 13-20.
- Coles, M.E., & Coleman, S.L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27, 63-71.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576.
- Conner, K.R., Pinquart, M., & Holbrook, A.P. (2008). Meta-analysis of depression and substance use and impairment among cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 98, 13-23.
- Corral, S., González, M., Pereña, J., & Seisdedos, N. (1998). Adaptación española del Inventario de trastornos de la conducta alimentaria. En D.M. Garner (Ed.), *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Cramer, K.M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: a reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 381-387.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2005). Quality of life and anxiety disorders: a population study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 196-202.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.

- Cullen, B., Samuels, J.F., Pinto, A., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Rauch, S.L., Murphy, D.L., Greenberg, B.D., Knowles, J.A., Piacentini, J., Bienvenu, O.J., Grados, M.A., Riddle, M.A., Rasmussen, S.A., Pauls, D.L., Willour, V.L., Shugart, Y.Y., Liang, K.Y., Hoehn-Saric, R., & Nestadt, G. (2008). Demographic and clinical characteristics associated with treatment status in family members with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 218-224.
- Degonda, M., & Angst, J. (1993). The Zurich Study. XX. Social phobia and agoraphobia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 243, 95-102.
- de Leval, N. (1999). Quality of life and depression: symmetry concepts. *Quality of Life Research*, 8, 283-291.
- Dell'Osso, B., Buoli, M., Hollander, E., & Altamura, A.C. (2010). Duration of untreated illness as a predictor of treatment response and remission in obsessive-compulsive disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 59-65.
- Demet, M.M., Deveci, A., Taşkın, E.O., DüNDAR, P.E., Ermertcan, A.T., Demet, S.M., Bayraktar, D., & Öztürkcan, S. (2010). Risk factors for delaying treatment seeking in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 480-485.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Brugha, T., De Graaf, R., & Alonso, J. (2006). Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 92, 185-193.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Haro, J.M., & Alonso, J. (2008). Comorbid painful physical symptoms and anxiety: prevalence, work loss and help-seeking. *Journal of Affective Disorders*, 109, 264-272.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H.J., de Geus, F., & Westenberg, H.G.M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 80, 155-162.
- Deter, H.C., & Herzog, W. (1994). Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim Study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 20-27.

- de Weert-van Oene, G.H., Havenaar, J.M., & Schrijvers, A.J.P. (2009). Self-assessment of need for help in patients undergoing psychiatric treatment. *Psychiatry Research*, 167, 221-230.
- Diniz, J.B., Rosario-Campos, M.C., Shavitt, R.G., Curi, M, Hounie, A.G., Broto, S.A., & Miguel, E.C. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 22-27.
- Dolan, S.L., Martin, R.A., & Rohsenow, D.J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33, 675-688.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D., & Borda, M. (1992). Un nuevo Inventario de Agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-112.
- Eisen, J.L., Mancebo, M.A., Pinto, A., Coles, M.E., Pagano, M.E., Stout, R., & Rasmussen, S.A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 270-275.
- Elhai, J.D., Schweinle, W., & Anderson, S.M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-short form. *Psychiatry Research*, 159, 320-329.
- Elhai, J.D., Voorhees, S., Ford, J.D., Min, K.S., & Frueh, B.C. (2009). Sociodemographic, perceived and objective need indicators of mental health treatment use and treatment-seeking intentions among primary care medical patients. *Psychiatry Research*, 165, 145-153.
- El-Sayegh, S., Bea, S., & Agelopoulos, A. (2003). Obsessive-compulsive disorder: unearthing a hidden problem. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 70, 824-840.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Field, C.A., Duncan, J., Washington, K., & Adinoff, B. (2007). Association of baseline characteristics and motivation to change among patients seeking treatment for substance dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 91, 77-84.

- Fischer, E.H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*, 368-373.
- Fischer, E.H., & Turner, J.L. (1970). Orientations to seeking professional help: development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35*, 79-90.
- Fontenelle, I.S., Fontenelle, L.F., Borges, M.C., Prazeres, A.M., Rangé, B.P., Mendlowicz, M.V., & Versiani, M. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 179*, 198-203.
- Ford, J.D., Gelernter, J., De Voe, J.S., Zhang, W., Weiss, R.D., Brady, K., Farrer, L., & Kranzler, H.R. (2009). Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence, 99*, 193-203.
- Francis, J.L., Weisberg, R.B., Dyck, I.R., Culpepper, L., Smith, K., Edelen, M.O., & Keller, M.B. (2007). Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 9*, 173-179.
- Freeston M.H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 335-348.
- Freud, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. *Obras Completas, Volumen X*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Caspi, A., Harrington, H., Grisham, J.R., Moffitt, T.E., & Poulton, R. (2009). Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry, 166*, 329-336.
- Galbaud du Fort, G., Newman, S.C., & Bland, R.C. (1993). Psychiatric comorbidity and treatment seeking. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 467-474.
- Galbaud du Fort, G., Newman, S.C., Boothroyd, L.J., & Bland, R.C. (1999). Treatment seeking for depression: role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Journal of Affective Disorders, 52*, 31-40.

- Carcía-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literatura. *Psychiatry Research*, 220, 1-10.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorders Inventory-2*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Gibbs, N.A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 16, 729-773.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Malhi, G.S., & Wilhelm, K.A. (2007). Feeling unsupported? An investigation of depressed patients' perceptions. *Journal of Affective Disorders*, 103, 147-154.
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Wilson, D.H., & Cheek, F. (2002). Mental health literacy of those with major depression and suicidal ideation: an impediment to help seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 394-403.
- González, N., Padierna, A., Quintana, J.M., Aróstegui, I., & Horcajo, M.J. (2001). Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gaceta Sanitaria*, 15, 18-24.
- Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36, 660-668.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleishman, R.J., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P, Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodwin, R.D., & Fitzgibbon, M.L. (2002). Social Anxiety as a barrier to treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 103-106.

- Goodwin, R., Koenen, K.C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 143-149.
- Goss, K., & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.
- Grabe, H.J., Meyer, Ch., Hapke, U., Rumpf, H.J., Freyberger, H.J., Dilling, H., & John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 250, 262-268.
- Grabe, H.J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.J., Freyberger, H.J., Dilling, H., & John, U. (2001). Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 251, 130-135.
- Grabhorn, R., Stenner, H., Stangier, U., & Kaufhold, J. (2006). Social anxiety in anorexia and bulimia nervosa: the mediating role of shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 12-19.
- Grant, J.E., Mancebo, M.C., Pinto, A., Williams, K.A., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2007). Late-onset obsessive compulsive disorder: clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 152, 21-27.
- Grant, J.E., Pinto, A., Gunnip, M., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2006). Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 325-329.
- Grella, C.E., Karno, M.P., Warda, U.S., Moore, A.A., & Niv, N. (2009). Perceptions of need and help received for substance dependence in a national probability survey. *Psychiatric Services*, 60, 1068-1074.
- Griffiths, K.M., Crisp, D.A., Jorm, A.F., & Christensen, H. (2011). Does stigma predict a belief in dealing with depression alone?. *Journal of Affective Disorders*, 132, 413-417.

- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P., & Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131, 293-298.
- Hamilton, B.A., Naismith, S.L., Scott, E.M., Purcell, S., & Hickie, I.B. (2011). Disability is already pronounced in young people with early stages of affective disorders: data from an early intervention service. *Journal of Affective Disorders*, 131, 84-91.
- Hansson, M., Chotai, J., & Bodlund, O. (2010). Patients' beliefs about the cause of their depression. *Journal of Affective Disorders*, 124, 54-59.
- Hart, L.M., Granillo, M.T., Jorm, A.F., & Paxton, S.J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31, 727-735.
- Hartwell, K.J., Back, S.E., McRae-Clark, A.L., Shaftman, S.R., & Brady, K.T. (2012). Motives for using: a comparison of prescription opioid, marijuana and cocaine dependent individuals. *Addictive Behaviors*, 37, 373-378.
- Hayaki, J., Anderson, B.J., & Stein, M.D. (2008). Drug use expectancies among nonabstinent community cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, 109-115.
- Hedden, S.L., & Gfroerer, J.C. (2011). Correlates of perceiving a need for treatment among adults with substance use disorder: results from a national survey. *Addictive Behaviors*, 36, 1213-1222.
- Hedden, S.L., Malcolm, R.J., & Latimer, W.W. (2009). Differences between adult non-drug users versus alcohol, cocaine and concurrent alcohol and cocaine problem users. *Addictive Behaviors*, 34, 323-326.
- Henderson, M., & Freeman, C.P.L. (1987). A self-rating scale for bulimia: The BITE. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18-24.
- Henderson, J.G., Pollard, C.A., Jacobi, K.A., & Merkel, W.T. (1992). Help-seeking patterns of community residents with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 26, 157-162.

- Herbst, N., Voderholzer, U., Stelzer, N., Knaevelsrud, C., Hertenstein, E., Schlegl, S., Nissen, C., & Külz, A.K. (2012). The potential of telemental health applications for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 32, 454-466.
- Ho, K.P., Hunt, C., & Li, S. (2008). Patterns of help-seeking behavior for anxiety disorders among the Chinese speaking Australian community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 872-877.
- Hollander, E., Kwon, J.H., Stein, D.J., Broatch, J., Rowland, C.T., & Himelein, C.A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suppl. 8), 3-6.
- Horesh, N., Klomek, A.B., & Apter, A. (2008). Stressful life events and major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 160, 192-199.
- Hser, Y.I., Evans, E., Huang, D., Brecht, M.L., & Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addictive Behaviors*, 33, 1581-1589.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 153-163.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A.F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A.E., Jacomb, P.A., & Rodgers, B. (2000a). Attitudes towards people with depression: effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 612-618.
- Jorm, A.F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A.E., Jacomb, P.A., & Rodgers, B. (2000b). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 619-626.

- Juang, Y.Y., & Liu, C.Y. (2001). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 623-627.
- Kampman, K.M., Volpicelli, J.R., McGinnis, D.E., Alterman, A.I., Weinrieb, R.M., D'Angelo, L., & Epperson, L.E. (1998). Reliability and validity of the Cocaine Selective Severity Assessment. *Addictive Behaviors*, 23, 449-461.
- 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, 1094-1099.
- Katz, S.J., Kessler, R.C., Frank, R.G., Leaf, P., Lin, E., & Edlund, M. (1997). The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care. *American Journal of Public Health*, 87, 1136-1143.
- Keith, L., Gillanders, D., & Simpson, S. (2009). An exploration of the main sources of shame in an eating-disordered population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 317-327.
- Keel, P.K., Dorer, D.J., Eddy, K.T., Delinsky, S.S., Franko, D.L., Blais, M.A., Keller, M.B., & Herzog, D.B. (2002). Predictors of treatment utilization among women with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159, 140-142.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., & Crow, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Kendler, K.S. (1995). Is seeking treatment for depression predicted by a history of depression in relatives? Implications for family studies of affective disorder. *Psychological Medicine*, 25, 807-814.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005a). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593- 602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005b). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Jin, R., Ruscio, A.M., Shear, K., & Walters, E.E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415-424.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B., & Zaslavsky, A.M. (2005c). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 325, 2515-2523.
- Kessler, R.C., Frank, R.G., Edlund, M., Katz, S.J., Lin, E., & Leaf, P. (1997). Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *The New England Journal of Medicine*, 336, 551-557.
- Kessler, R.C., Olfson, M., & Berglund, P.A. (1998). Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 62-69.
- Kessler, R.C., Zhao, S., Katz, S.J., Kouzis, A.C., Frank, R.G., Edlund, M., & Leaf, P. (1999). Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 156, 115-123.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Oka, H., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic disorder with and without agoraphobia: comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 639-643.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Kolada, J.L., Bland, R.C., & Newman, S.C. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 376, 24-35.
- Kushner, M.G., & Sher, K.J. (1991). The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: an overview. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 196-203.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rheume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 179-187.

- Leaf, P.L., Bruce, M.L., & Tischler, G.L. (1986). The differential effect of attitudes on the use of mental health services. *Social Psychiatry*, 21, 187-192.
- Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328-1333.
- Lin, E., Goering, P.N., Lesage, A., & Streiner, D.L. (1997). Epidemiologic assessment of overmet need in mental health care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32, 355-362.
- Lin, E., & Parikh, S.V. (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 53, 153-162.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Lorian, C.N., & Grisham, J.R. (2011). Clinical implications of risk aversion: an online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 840-848.
- Luoma, J.B., Twohig, M.P., Waltz, T., Hayes, S.C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32, 1331-1346.
- Mackenzie, C.S., Scott, T., Mather, A., & Sareen, J. (2008). Older adults' help-seeking attitudes and treatment beliefs concerning mental health problems. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 16, 1010-1019.
- Maina, G., Albert, U., Salvi, V., Pessina, E., & Bogetto, F. (2008). Early-onset obsessive-compulsive disorder and personality disorders in adulthood. *Psychiatry Research*, 158, 217-225.
- Mancebo, M.C., Grant, J.E., Pinto, A., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2009). Substance use disorders in an obsessive compulsive disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 429-435.
- Mansfield, A.K., Addis, M.E., & Courtenay, W. (2005). Measurement of men's help seeking: development and evaluation of the barriers to help seeking scale. *Psychology of Men & Masculinity*, 6, 95-108.

- Mariani, J.J., Cheng, W.Y., Bisaga, A., Sullivan, M., Carpenter, K., Nunes, E.V., & Levin, F.R. (2011). Comparison of clinical trial recruitment populations: treatment-seeking characteristics of opioid-, cocaine-, and cannabis-using participants. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 426-430.
- Marques, L., LeBlanc, N.J., Weingarden, H.M., Timpano, K.R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27, 470-475.
- Masellis, M., Rector, N.A., & Richter, M.A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 72-77.
- Mayerovitch, J.I., Galbaud du Fort, G., Kakuma, R., Bland, R.C., Newman, S.C., & Pinard, G. (2003). Treatment seeking for obsessive-compulsive disorder: role of obsessive-compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 162-168.
- McCusker, J., Boulenger, J.P., Boyer, R., Bellavance, F., & Miller, J.M. (1997). Use of health services for anxiety disorders: a multisite study in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 730-736.
- Meadows, G., Burgess, P., Bobevski, I., Fossey, E., Harvey, C., & Liaw, S.T. (2002). Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability. *Psychological Medicine*, 32, 299-309.
- Meadows, G., Burgess, P., Fossey, E., & Harvey, C. (2000a). Perceived need for mental health care, findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 30, 645-656.
- Meadows, G., Harvey, C., Fossey, E., & Burgess, P. (2000b). Assessing perceived need for mental health care in a community survey: development of the Perceived Need for Care Questionnaire (PNCQ). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 35, 427-435.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., & Lewis, G. (2003). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 123-128.

- Mendlowicz, M.V., & Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Meyer, D.F. (2005). Psychological correlates of help seeking for eating-disorder symptoms in female college students. *Journal of College Counseling*, 8, 20-30.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59, 77-84.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Mond, J., Hay, P., Rodgers, B., & Owen, C. (2006). Self-recognition of disordered eating among women with bulimic-type eating disorders: a community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 747-753.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., & Owen, C. (2007). Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 399-408.
- Monroe, S.M., Simons, A.D., & Thase, M.E. (1991). Onset of depression and time to treatment entry: roles of life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 566-573.
- Muñoz, M.A., Martínez, J.A., Tejero, A., & Cepeda-Benito, A. (2008). Development of the brief Spanish Cocaine Craving Questionnaire-General. *Psicothema*, 20, 545-550.
- Najavits, L.M., & Lester, K.M. (2008). Gender differences in cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 97, 190-194.
- Newth, S., & Rachman, S. (2001). The concealment of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 39, 457-464.

- Ng, T.P., Jin, A.Z., Ho, R., Chua, H.C., Fones, C.S.L., & Lim, L. (2008). Health beliefs and help seeking for depressive and anxiety disorders among urban singaporean adults. *Psychiatric Services*, 59, 105-108.
- Ohayon, M.M., & Schatzberg, A.F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 454-461.
- Olfson, M., Kessler, R.C., Berglund, P.A., & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1415-1422.
- Oliver, M.I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297-301.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (1993). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Edición española. Madrid: Meditor.
- O'Toole, T.P., Pollini, R., Gray, P., Jones, T., Bigelow, G., & Ford, D.E. (2007). Factors identifying high-frequency and low-frequency health service utilization among substance-using adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 51-59.
- Pagura, J., Fotti, S., Katz, L.Y., Sareen, J., & the Swampy Cree Suicide Prevention Team (2009). Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. *Psychiatric Services*, 60, 943-949.
- Peluso, E.T.P., & Blay, S.L. (2009). Public stigma in relation to individuals with depression. *Journal of Affective Disorders*, 115, 201-206.
- Pescosolido, B.A., Gardner, C.B., & Lubell, K.M. (1998). How people get into mental health services: stories of choice, coercion and "muddling through" from "first-timers". *Social Science and Medicine*, 46, 275-286.
- Pescosolido, B.A., Monahan, J., Link, B.G., Stueve, A. & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health*, 89, 1339-1345.

- Pinto, A., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., Pagano, M.E., & Rasmussen, S.A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive-Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 703-711.
- Plaisier, I., Beekman, A.T.F., de Graaf, R., Smit, J.H., van Dyck, R., & Penninx, B.W.J.H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 125, 198-206.
- Plaisier, I., de Bruijn, J.G.M., Smit, J.H., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A.T.F., van Dyck, R., & Penninx, B.W.J.H. (2008). Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: differences between men and women. *Journal of Affective Disorders*, 105, 63-72.
- Pollard, C.A., Henderson, J.G., Frank, M., & Margolis, R.B. (1989). Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 131-138.
- Prins, M.A., Verhaak, P.F.M., van der Meer, K., Penninx, B.W.J.H., & Bensing, J.M. (2009). Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective. *Journal of Affective Disorders*, 119, 163-171.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Purdon, C., Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Thought suppression and its effects on thought frequency, appraisal and mood state in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 93–108.
- Quarantini, L.C., Torres, A.R., Sampaio, A.S., Fossaluzza, V., de Mathis, M.A., do Rosário, M.C., Fontenelle, L.F., Ferrão, Y.A., Cordioli, A.V., Petribu, K., Hounie, A.G., Miguel, E.C., Shavitt, R.G., & Koenen, K.C. (2011). Comorbid major depression in obsessive-compulsive disorder patients. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 386-393.
- Quilty, L.C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 17, 405-426.

- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (1999). Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 141-146.
- Ramirez, A., Ekselius, L., & Ramklint, M. (2009). Mental disorders among young adults self-referred and referred by professionals to specialty mental health care. *Psychiatric Services*, 60, 1649-1655.
- Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1171-1178.
- Real, E., Labad, J., Alonso, P., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Bueno, B., Subirà, M., Vallejo, J., & Menchón, J.M. (2011). Stressful life events at onset of obsessive-compulsive disorder are associated with a distinct clinical pattern. *Depression and Anxiety*, 28, 367-376.
- Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K., & Zucker, N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Regier, D.A., Narrow, W.E., Rae, D.S., Manderscheid, R.W., Locke, B.Z., & Goodwin, F.K. (1993). The de Facto US Mental and Addictive Disorders Service System. Epidemiologic Catchment Area Prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro, C., Rotella, F., Ravaldi, C., Lazzaretti, L., & Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa y bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 245-251.
- Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2005). Mental disorders – who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 167-174.
- Ritchie, K., Norton, J., Mann, A., Carrière, I., & Ancelin, M.L. (2013). Late-onset agoraphobia: general population incidence and evidence for a clinical subtype. *American Journal of Psychiatry*, 170, 790-798.

- Rivas, T., Bersabé, R., & Jiménez, M. (2004). Fiabilidad y validez del Test de Investigación Bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 12, 447-461.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., & Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Rodríguez, J. (1995). Motivación y psicología de la salud. En L. Mayor y F. Tortosa (Eds.), *Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Pérez-Rodríguez, M.M., Saiz-Ruiz, J., & Baca-García, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*, 6, 20.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 51-58.
- Rosario-Campos, M.C., Leckman, J.F., Mercandante, M.T., Shavitt, R.G., Prado, H.S., Sada, P., Zamignani, D., & Miguel, E.C. (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899-1903.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 529-552.
- Salkovskis, P.M., Thorpe, S.J., Wahl, K., Wroe, A. L., & Forrester E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 709-715.
- Sandín, B., & Chorot, P. (1991). *Adaptación española del Penn State Worry Questionnaire*. Madrid: UNED.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1997). Healthcare utilization among women with eating disordered behavior. *The American Journal of Managed Care*, 3, 1721-1723.

- Santos, P., González, G., Fons, M.R., Forcada, R., & Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13, 147-152.
- Santucci, L.C., McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2012). Direct-to-consumer marketing of evidence-based psychological interventions. *Behavior Therapy*, 43, 231-235.
- Sanz, J., Perdigón, A.L., & 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, 249-280.
- Sareen, J., Stein, M.B., Campbell, D.W., Hassard, T., & Menec, V. (2005). The relation between perceived need for mental health treatment, DSM diagnosis, and quality of life: a canadian population-based survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 87-94.
- Saunders, S.M. (1993). Applicants' experience of the process of seeking therapy. *Psychotherapy*, 30, 554-564.
- Schomerus, G., Auer, C., Rhode, D., Luppá, M., Freyberger, H.J., & Schmidt, S. (2012). Personal stigma, problem appraisal and perceived need for professional help in currently untreated depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 139, 94-97.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 259, 298-306.
- Schwartz, C., Schlegl, S., Kuelz, A.K., & Voderholzer, U. (2013). Treatment-seeking in OCD community cases and psychological treatment actually provided to treatment-seeking patients: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 448-456.
- Scott, K.M., & Collings, S.C.D. (2010). Gender and the association between mental disorders and disability. *Journal of Affective Disorders*, 125, 207-212.
- Scott, S.E., Walter, F.M., Webster, A., Sutton, S., & Emery, J. (2013). The Model of pathways to treatment: conceptualization and integration with existing theory. *British Journal of Health Psychology*, 18, 45-64.

- Seekles, W.M., Cuijpers, P., van de Ven, P., Penninx, B.W.J.H., Verhaak, P.F.M., Beekman, A.T.F., & van Straten, A. (2012). Personality and perceived need for mental health care among primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 136, 666-674.
- Seignourel, P.J., Green, C., & Schmitz, J.M. (2008). Factor structure and diagnostic efficiency of the BDI-II in treatment-seeking substance users. *Drug and Alcohol Dependence*, 93, 271-278.
- Simonds, L.M., & Elliot, S.A. (2001). OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 431-449.
- Simonds, L.M., & Thorpe, S.J. (2003). Attitudes toward obsessive-compulsive disorders. An experimental investigation. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 331-336.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Raue, P., Friedman, S.J., & Meyers, B.S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479-481.
- Slade, T., & Grisham, J.R. (2009). A taxometric investigation of agoraphobia in a clinical and a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 799-805.
- Slavich, G.M., Monroe, S.M., & Gotlib, I.H. (2011). Early parental loss and depression history: associations with recent life stress in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1146-1152.
- Smith, D.J., Kyle, S., Forty, L., Cooper, C., Walters, J., Russell, E., Caesar, S., Farmer, A., McGuffin, P., Jones, I., Jones, L., & Craddock, N. (2008). Differences in depressive symptom profile between males and females. *Journal of Affective Disorders*, 108, 279-284.
- Sorsdahl, K., Blanco, C., Rae, D.S., Pincus, H., Narrow, W.E., Suliman, S., & Stein, D.J. (2013). Treatment of anxiety disorders by psychiatrists from the American Psychiatric Practice Research Network. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 136-141.

- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 662-668.
- Stulz, N., Thase, M.E., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2011). Psychosocial treatments for cocaine dependence: the role of depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 41-48.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J.A., & Chong, S.A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 47, 2035-2043.
- Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68, 714-723.
- Taylor, S. (2002). Cognition in obsessive-Compulsive disorder. En R.O. Frost, y G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment*. Oxford: Pergamon.
- Ten Doesschate, M.C., Koeter, M.W.J., Bockting, C.L.H., Schene, A.H., & The DELTA Study Group (2010). Health related quality of life in recurrent depression: a comparison with a general population sample. *Journal of Affective Disorders*, 120, 126-132.
- Ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J., & The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 153-163.
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 47-54.

- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 810-817.
- Tiffany, S., Singleton, E., Haertzen, C., & Henningfield, J. (1993). The development of a Cocaine Craving Questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 34, 19-28.
- Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1978-1985.
- Torres, A.R., Prince, M.J., Bebbington, P.E., Bhugra, D.K., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2007). Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the British Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Psychiatric Services*, 58, 977-982.
- Vaccarino, A.L., Sills, T.L., Evans, K.R., & Kalali, A.H. (2008). Prevalence and association of somatic symptoms in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110, 270-276.
- Van der Werff, E., Verboom, C.E., Penninx, B.W.J.H., Nolen, W.A., & Ormel, J. (2010). Explaining heterogeneity in disability associated with current major depressive disorder: effects of illness characteristics and comorbid mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 127, 203-210.
- Verhaak, P.F.M. (1995). Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychological Medicine*, 25, 95-104.
- Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 125, 213-220.
- Vorstenbosch, V., Hood, H.K., Rogojanski, J., Antony, M.M., Summerfeldt, L.J., & McCabe, R.E. (2012). Exploring the relationship between OCD symptom subtypes and domains of functional impairment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 33-40.

- Wagner, F.A., & Anthony, J.C. (2007). Male-female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 191-198.
- Waldron, H.B., Kern-Jones, S., Turner, C.W., Peterson, T.R., & Ozechowski, T.J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133-142.
- Waldrop, A.E., Back, S.E., Brady, K.T., Upadhyaya, H.P., McRae, A.L., & Saladin, M.E. (2007). Daily stressor sensitivity, abuse effects, and cocaine use in cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 3015-3025.
- Wallerblad, A., Möller, J., & Forsell, Y. (2012). Care-seeking pattern among persons with depression and anxiety: a population-based study in Sweden. *International Journal of Family Medicine*, 2012: 895425.
- Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Browne, M.A.O., Ormel, J.H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Chatterji, S., & Üstün, T.B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 177-185.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005a). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 603-613.
- Wang, J.L., & Lai, D. (2008). The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *Journal of Affective Disorders*, 110, 191-196.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005b). Twelve-month use of mental health services in the United States. Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.

- Wang, X., Cui, D., Wang, Z., Fan, Q., Xu, H., Qiu, J., Chen, J., Zhang, H., Jiang, K., & Xiao, Z. (2012). Cross-sectional comparison of the clinical characteristics of adults with early-onset and late-onset obsessive compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 498-504.
- Welkowitz, L.A., Struening, E.L., Pittman, J., Guardino, M., & Welkowitz, J. (2000). Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 471-482.
- Wells, J.E., Robins, L.N., Bushnell, J.A., Jarosz, D., & Oakley-Browne, M.A. (1994). Perceived barriers to care in ST. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 155-164.
- Williams, M.T., Domanico, J., Marques, L., Leblanc, N.J., & Turkheimer, E. (2012). Barriers to treatment among African Americans with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 555-563.
- Wilson, C.J., Deane, F.P., Ciarrochi, J., & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: properties of the General Help-seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39, 15-28.
- Wittchen, H.U., Gloster, A.T., Beesdo-Baum, K., Giovanni, A.F., & Craske, M.G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27, 113-133.
- Wittchen, H.U., Reed, V., & Kessler, R.C. (1998). The relationship of agoraphobia and panic in a community sample of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1017-1024.
- Wood, A.M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217.
- Wootton, B.M., Titov, N., Dear, B.F., Spence, J., & Kemp, A. (2011). The acceptability of internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an internet survey. *PLoS One*, 6, e20548.

- Wright, A., Jorm, A.F., Harris, M.G., & McGorry, P.D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 244-250.
- Yap, M.B.H., & Jorm, A.F. (2011). The influence of stigma on first aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Journal of Affective Disorders*, 134, 473-477.
- Zimmerman, M., & Mattia, J.I. (2000). Principal and additional DSM-IV disorders for which outpatients seek treatment. *Psychiatric Services*, 51, 1299-1304.

ANEXO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE LA DEMORA EN SOLICITAR AYUDA PROFESIONAL[©]

Nombre:

Edad:.....Sexo:.....Profesión:.....

Diagnóstico principal (motivo de consulta actual) (Eje I):

Fecha:

Entrevistador/a:

1. Fecha de inicio del problema **actual**:.....
2. ¿Se dio cuenta desde el principio de que lo que le pasaba no era normal?
 - 2.1. SI
 - 2.2. NO ¿Cuándo se dio cuenta? (fecha aproximada):
3. Fecha aproximada en que **habla por primera vez** de su problema:
- 3.1. ¿Qué cuenta?
-
- 3.2. ¿A quién?
- 3.3. ¿Por qué decide contarlo?
-
4. Fecha aproximada de la primera consulta con un profesional **sanitario**:
- 4.1. Quién era.....
5. ¿Cree que debería haber consultado nada más darse cuenta de que tenía un problema?
 - 5.1. No
 - ¿Por qué?
 -
 - 5.2. Sí
 - ¿Por qué?
 -

6. ¿Cómo se dio cuenta de que lo que le pasaba no era normal? (Señalar con una X todas las alternativas que correspondan)

- 6.1. El problema lo tenía con demasiada frecuencia
- 6.2. Le producía ansiedad o nerviosismo
- 6.3. Interrumpía lo que estaba haciendo o lo que quería hacer
- 6.4. Le ponía triste
- 6.5. Observó cambios en su comportamiento como consecuencia de lo que le pasaba
- ¿Cuáles?
- 6.6. No lo podía controlar
- 6.7. Alguien le dijo que no estaba normal o que hacía cosas extrañas:
- ¿quién?
- ¿qué le dijo?
- 6.8. Otras razones (especificar):

7. ¿Por qué tardó en solicitar ayuda profesional? (Señalar con una X todas las alternativas que correspondan)

- 7.1. Le daba vergüenza
- 7.2. Le molestaba poco
- 7.3. Se sentía culpable
- 7.4. Lo tenía (o le pasaba) pocas veces
- 7.5. Pensaba que si se lo decía a alguien, se podía hacer realidad
- 7.6. Consideraba que el problema era poco importante (“eran manías”, era normal...)
- 7.7. Miedo a que le dijeran que estaba loco o que era un enfermo mental
- 7.8. No interrumpía en sus tareas cotidianas
- 7.9. Pensaba que lo podía controlar
- 7.10. Le proporcionaba sensaciones placenteras
- 7.11. Miedo al tratamiento

- 7.12. Pensaba que se le pasaría
- 7.13. Miedo a que los demás le rechazaran si se enteraban
- 7.14. Desconfiaba de la ayuda profesional
- 7.15. No tenía a quién contarle
- 7.16. No sabía a quién contarle
- 7.17. No lo consideraba peligroso
- 7.18. Pensaba que le pasaba a mucha gente
- 7.19. Por otras razones (especificar):
-

8. ¿Por qué solicitó ayuda profesional? (Señalar con una X todas las alternativas que correspondan)

- 8.1. Se hizo más frecuente
- 8.2. Le producía mucha ansiedad o nerviosismo
- 8.3. Interrumpía lo que estaba haciendo o lo que tenía que hacer
- 8.4. Le daba miedo que lo que pensaba se pudiera hacer realidad
- 8.5. Comprobó que no se le pasaba
- 8.6. Miedo a volverse loco
- 8.7. No lo controlaba (a pesar de que lo había intentado)
- 8.8. Creía que si pensaba o hacía esas cosas era (o se había vuelto) mala persona
- 8.9. Le producía tristeza
- 8.10. Pensaba que su salud corría peligro
- 8.11. Por miedo a que fuera a más, a que aumentara o empeorara
- 8.12. Se lo recomendó otra persona
 - ¿quién?.....
 - ¿por qué?
- 8.13. Pensaba que era algo malo (una enfermedad)
- 8.14. Le daba miedo
- 8.15. Dominaba su vida
- 8.16. Otras razones (especificar).....
-

