

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**GRADO EN PSICOLOGÍA**  
*CURSO 2023-2024*

**SOBREDIAGNÓSTICO EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN SEGÚN LA  
AUTOPERCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD**

**OVERDIAGNOSIS OF ANXIETY AND DEPRESSION ACCORDING TO  
SELF-PERCEIVED DISABILITY**

(Trabajo empírico)

**MARTA DIEZ SOLÓRZANO**

Oviedo, julio 2024

# **DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD**

## **DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

*(De acuerdo con lo establecido en el artículo 8.3 del Acuerdo de 5 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Oviedo, por el que se aprueba el Reglamento sobre la asignatura Trabajo Fin de Grado de la Universidad de Oviedo)*

D/Dña. Marta Diez Solórzano, estudiante del Grado en Psicología de la Facultad de Psicología,

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo Fin de Grado titulado: "Sobrediagnóstico en ansiedad y depresión según la autopercepción de discapacidad" que presento para su exposición y defensa, es original y he citado debidamente todas las fuentes de información utilizadas, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

En Oviedo, a 2 de julio de 2024

Firmado: *Marta Diez Solórzano*

## Resumen

**Antecedentes.** La perspectiva biomédica de la Psicología, dominante en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales, ha recibido numerosas críticas a lo largo de su historia, entre otras razones, por su carácter sobrediagnosticador. Por ello, en el presente trabajo se pretende comprobar la existencia de un sobrediagnóstico, analizar la relación entre el cumplimiento de los criterios diagnósticos de ansiedad y depresión - los trastornos más prevalentes- y la discapacidad autopercebida, constatar la correspondencia entre la gravedad de la discapacidad y el número de trastornos, y elaborar un perfil psicopatológico. **Método.** La muestra está formada por 233 participantes (140 mujeres y 93 hombres) con edades entre los 18 y 70 años ( $M = 33,2$ ;  $DT = 16,2$ ), seleccionada mediante muestreo no probabilístico. **Resultados.** No se ha encontrado correspondencia entre la etiqueta y los criterios diagnósticos, pero sí una relación entre cumplir los criterios, el número de trastornos y mayor discapacidad autopercebida, sobre todo en el funcionamiento social. En el perfil destacan las mujeres jóvenes con bajo nivel de estudios. **Conclusiones.** Una metodología longitudinal de estudio es necesaria para esclarecer los puntos que no han podido resolverse en el presente trabajo debido a su naturaleza transversal.

**Palabras clave:** Sobrediagnóstico psicopatológico, ansiedad, depresión, funcionalidad diaria.

## Abstract

**Background:** The biomedical perspective of Psychology, dominant in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, has received numerous criticisms throughout its history, among other reasons, for its overdiagnosing nature. Therefore, this paper aims to verify the existence of overdiagnosis, analyze the relationship between meeting the diagnostic criteria for anxiety and depression—the most prevalent disorders—and self-perceived disability, confirm the correspondence between the severity of disability and the number of disorders, and develop a psychopathological profile. **Method:** The sample consists of 233 participants (140 women and 93 men) aged between 18 and 70 years ( $M = 33.2$ ;  $SD = 16.2$ ), selected through non-probabilistic sampling. **Results:** No correspondence has been found between the label and the diagnostic criteria, but there is a relationship between meeting the criteria, the number of disorders, and greater self-perceived disability, especially in social functioning. The profile highlights young women with a low level of education. **Conclusions:** A longitudinal study methodology is necessary to clarify the points that could not be resolved in the present work due to its cross-sectional nature.

**Keywords:** Psychopathological overdiagnosis, anxiety, depression, daily functioning.

## Introducción

### Antecedentes

A diferencia de otras ciencias, en concreto, las ciencias naturales, la Psicología tropieza con grandes dificultades para llegar a un acuerdo común en, prácticamente, todos sus aspectos. En Medicina no hay divergencias para definir una parada cardiorrespiratoria, ningún químico se cuestionaría la distinción entre formulación orgánica e inorgánica; sin embargo, en Psicología se encuentran discrepancias incluso en las cuestiones más básicas. Por ejemplo, ¿qué es un trastorno mental? Algo tan elemental, un término disciplinario llevado al mundo cotidiano y utilizado indistintamente por cualquier ciudadano resulta que no está claro ni para los propios profesionales.

Por una parte, se encuentra la definición de trastorno mental proporcionada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), la cual lo describe como: “un síndrome caracterizado por perturbaciones clínicamente significativas en la cognición, regulación emocional o comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental.” (American Psychiatric Association, 2013). Además, los trastornos mentales suelen estar asociados con estrés o discapacidad social, ocupacional o de otras actividades importante de forma significativa (American Psychiatric Association, 2013). Es interesante señalar dentro de esta definición el concepto de “malestar clínicamente significativo”, ya que su incorporación como criterio diagnóstico de los trastornos pretendía paliar los problemas originados por la concepción categórica presente en los propios manuales a partir de la publicación del DSM-III: el aparente sobrediagnóstico de trastornos mentales (Cova et al., 2017), sobre lo que se desarrollará el presente trabajo.

Por otro lado, el contrapunto a esta perspectiva biomédica se encuentra en la obra *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* (2007) de Héctor González Pardo y Marino Pérez Álvarez. Estos autores sostienen que los trastornos mentales son el resultado de los problemas de la vida, tal y como enuncian en su libro, “los trastornos mentales serían la forma que toman los problemas

de la vida, una forma construida como cuadro clínico y categoría diagnóstica a imagen y semejanza de una enfermedad (con sus síntomas y supuestas causas subyacentes)” (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007, p.81). Con esta perspectiva se puede llegar a la conclusión de que, por tanto, los trastornos mentales no supondrían una entidad natural, como bien lo presenta el modelo médico relativo al DSM, sino una “forma construida” a través de las prácticas sociales, las cuales cuentan con causa eficiente y método de invención propio (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007). Este “método”, pese al tecnicismo implícito en el término, simplemente consiste en “nombrar y moldear la experiencia de la gente” (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007, p.82), es decir, encontrar esa palabra -esa etiqueta diagnóstica- que consiga aunar todos los componentes que dan lugar a lo que se conoce como “trastorno mental”, con lo que se podría afirmar que se trata de un proceso visiblemente tautológico.

Con respecto a esta construcción de trastornos mentales, uno podría preguntarse quién querría llevar a cabo tal elaboración o con qué fin, con lo que se llega a dos procesos: la construcción del trastorno iniciada por una problemática preexistente (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007), movimientos sociales mediante los que se busca la identificación médica de una serie de problemáticas aún no reconocidas como trastornos; y la sensibilización de la población (González-Pardo y Pérez-Álvarez, 2007), ideado por la industria farmacéutica con el fin de comercializar nuevos medicamentos.

Esta explicación está íntimamente relacionada con la aportada por Beeker et al. sobre una de las consecuencias inmediatas del sistema diagnóstico del DSM-V: la psiquiatrización, un proceso complejo de interacción entre los individuos, la sociedad y la psiquiatría mediante el que las instituciones, prácticas y conocimientos psiquiátricos afectan a un creciente número de personas, se ven inmersas en distintas áreas de la vida y, en general, la psiquiatría aumenta su importancia en la sociedad como un todo (Beeker et al., 2021). Según la hipótesis defendida por estos autores, la psiquiatrización se movería en dos direcciones en función del “creador”: arriba-abajo (psiquiatrización como “oferta”) y abajo-arriba (en forma de “demanda”), tal y como lo plantearon previamente González-Pardo y Pérez-Álvarez en 2007. Las principales consecuencias de este proceso son las siguientes: un constante aumento de incidencias de los trastornos mentales, un incremento del uso de servicios, la expansión de las categorías diagnósticas, la patologización de perturbaciones menores en el bienestar, un abusivo

uso de los psicofármacos, la reestructuración de los servicios de salud mental y el uso cotidiano del lenguaje psiquiátrico (Beeker et al., 2021).

Pese a la aportación tan actual de Beeker y colaboradores, algunos de los problemas que señalan ya fueron detectados por otros autores del siglo pasado, como la psicopatologización en el caso de Wakefield, quien la emplea como justificación de su crítica al DSM ya que se trata del resultado de la falta de consideración de la etiología y de los conocimientos de los mecanismos específicos de los problemas de la vida que conllevan el trastorno (Horwitz y Wakefield, 2007; Horwitz y Wakefield, 2012). La psicopatologización tal y como la definen Cova et al. (2017) es “considerar como trastorno mental aquello que no lo es”. Por supuesto, no se trata de un fenómeno inocuo, sino que trae consigo implicaciones mayoritariamente negativas tal y como señala Wakefield a lo largo de su obra.

Al estar los criterios diagnósticos definidos por algoritmos basados en características clínicas, se les descontextualiza de la vida del individuo (Horwitz, 2021), lo que no permite reconocer el origen del trastorno, el cual puede derivarse de una disfunción individual o, precisamente, del contexto, de lo que Wakefield deduce que la gravedad y cronicidad deberán ser diferentes dependiendo de la etiología y, por tanto, también el pronóstico será distinto (Wakefield et al., 2007). Sin embargo, la etiología de la mayoría de los trastornos recogidos en el manual permanece desconocida, por lo que su sistema actual puede ser considerado como heurístico y no una guía para un preciso diagnóstico o tratamiento (Paris, 2024).

Cabe señalar que además se trata de una etiqueta que, pese a los intentos por acabar con el estigma, la equiparación con la enfermedad ha conseguido precisamente el efecto contrario, por lo tanto, la persona que cargue con esa denominación puede tener consecuencias en su entorno (Wakefield, 2010). Por último, destaca las consecuencias que la psicopatologización acarrea para la credibilidad y legitimidad de las prácticas y los profesionales de la salud mental (Wakefield, 2016).

Si se suman la psicopatologización, la dilatación de las categorías diagnósticas y el crecimiento de la incidencia de los trastornos mentales mencionadas por Beeker y colaboradores (2021) a la creación de etiquetas diagnósticas de “otros trastornos no especificados” (Cova et al., 2017) y la reducción del umbral para la consideración de la

presencia de un trastorno mental (Cova et al., 2017; Lousdal y Plana-Ripoll, 2024), el carácter sobrediagnosticador del DSM en su edición más actual queda totalmente expuesto (Cova et al., 2017).

En cuanto a los casos concretos de los trastornos de ansiedad y depresión, el psiquiatra Joel Paris aportó su visión en su libro *Overdiagnosis in Psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all life's misfortunes* (2015) junto con una amplia gama de trastornos psicológicos presentes en el DSM-V.

El Trastorno de Depresión Mayor (TDM) es uno de los más diagnosticados en la actualidad pese a contar con una trayectoria relativamente corta desde su aparición en el DSM-III (Paris, 2015) y recoge un grupo heterogéneo de problemáticas clínicas que van desde simples vicisitudes de la naturaleza humana hasta condiciones que atentan contra la vida de la persona (Paris, 2015). Todo ello es consecuencia de la asunción de la depresión como una única categoría y que su presentación clínica tan solo difiere según el grado de gravedad, lo que a su vez conlleva que, al tratarse de un trastorno unitario, se favorezca el uso del mismo tratamiento, habitualmente los psicofármacos antidepresivos (Paris, 2015). Otra cuestión que favorece el sobrediagnóstico de este trastorno es el corto período de tiempo en el que debe presentarse los síntomas, tan sólo dos semanas (American Psychiatric Association, 2013), lo que se ve reflejado en la tendencia al alza que tiene su diagnóstico con el paso de los años (Moreno-Agostino et al., 2021).

En lo que se refiere a los trastornos de ansiedad, Paris en su obra se centra en dos: el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), sobre los que afirma que la mayoría de los casos se tratan de síntomas subclínicos en el caso del TAG y que, en realidad, el TAS es muy difícil de separar de una timidez extrema fuera de los límites de lo psicopatológico (Horwitz y Wakefield, 2012; Paris, 2015).

### **Estado de la cuestión**

En los últimos años, la salud mental ha ido abriéndose paso como uno de los temas de mayor preocupación en la población, especialmente, a raíz de la pandemia de la COVID-19, la cual tuvo importantes consecuencias sobre el bienestar emocional de



las personas a nivel global (Naciones Unidas, 2020). Sin embargo, datos previos a la crisis sanitaria ya mostraban cifras significativas de prevalencia de los trastornos mentales, por ejemplo, una de cada ocho personas en 2019 contaba con un diagnóstico de trastorno mental a nivel mundial, es decir, 970 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2022b). Con la pandemia, estas cifras aumentaron, en especial aquéllas referentes a los trastornos de depresión mayor y de ansiedad, las que ya eran las problemáticas psicológicas más prevalentes antes del coronavirus (Organización Mundial de la Salud, 2022b), que se incrementaron en un 27,6% y un 25,6% respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 2022a).

El impacto de la COVID-19 sobre la salud mental tampoco pasó desapercibido en nuestro país, donde la población española, en concreto un 74,7%, considera que en los últimos años se ha dado un empeoramiento de la salud mental, entre otras razones, debido en gran medida precisamente a la pandemia (87,1%) (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023). El resto de las causas más consensuadas sobre el agravamiento de la salud mental en España según este mismo informe son: “las dificultades económicas (91,4%), la incertidumbre ante el futuro (89%), las exigencias y el estrés del día a día (88,7%), una sociedad cada vez más individualista y competitiva (85,9%), los problemas del mundo (83,4%) y la soledad (82,7%)” (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023, p.137).

Según el informe *La situación de la salud mental en España* (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023), el 17,4% de la población española ha presentado un diagnóstico psicológico en algún momento de su vida y, al igual que en los datos aportados con anterioridad a nivel mundial, los trastornos más prevalentes suponen los trastornos de ansiedad (63%) y de depresión (56,3%). Esto implica que un 11% de la población española cuenta o ha contado con un diagnóstico de trastorno de ansiedad y un 9,8% haría lo propio con un diagnóstico de depresión. El perfil resultante del estudio muestra una dominancia de la población femenina (61,3%), así como de las franjas de edad más tempranas -con edades comprendidas entre los 18 y 34 años- y un estrato socioeconómico bajo o medio-bajo -directamente relacionado con el nivel de estudios alcanzado (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023).

La importancia de estos datos conlleva a una de las consecuencias que ya fueron comentadas previamente acerca del sobrediagnóstico: el aumento del consumo de fármacos. Ya en 2020, el 10,86% de la población española mayor de 15 años afirmó haber hecho uso de tranquilizantes o relajantes a lo largo de las últimas 2 semanas y el 4,52% en el caso de los antidepresivos o estimulantes, siendo en ambos casos mayor el consumo por parte de las mujeres que de los hombres (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Datos más actuales indican que en 2023, un 18,9% de personas residentes en España consume algún tipo de psicofármaco -el 73% de manera diaria-, con una lista encabezada por los ansiolíticos (61,9%), seguidos por los antidepresivos (47,2%) (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023), lo cual coincide con la mayor prevalencia de los trastornos mentales de ansiedad y depresión.

### **Problema**

Hasta ahora se han expuesto dos cuestiones fundamentales sobre las que se desarrolla el presente trabajo: el marco teórico de referencia sobre el que se sustenta el estudio y las cifras actuales en España sobre la prevalencia de los trastornos mentales de interés -trastornos de ansiedad y depresión-. Ambos puntos se encuentran entrelazados, dado que, si dichos planteamientos sobre la existencia de un sobrediagnóstico psicopatológico son ciertos, este fenómeno repercutirá directamente sobre las cifras aportadas previamente. Sin embargo, la evidencia empírica sobre este fenómeno es escasa, ya que principalmente se formula a partir de una visión teórica. Pero, si ese enfoque teórico se reflejara en la práctica, nos encontraríamos con un problema tanto sanitario como social: la existencia de un número indefinido de falsos positivos -en este caso, de trastornos de ansiedad y depresión-, es decir, existiría un porcentaje de residentes en España que porta consigo una etiqueta diagnóstica con las consecuencias sociales que ello conlleva, además de estar recibiendo un tratamiento innecesario y, por tanto, posiblemente no siendo beneficiario de la asistencia que verdaderamente necesita, todo esto añadido a los gastos que supone el verse inmerso en un proceso de terapia psicológica o de consumo de psicofármacos.

Con todo esto, ¿puede decirse que nos vemos ante una epidemia de trastornos mentales o que, por el contrario, se trata de una oleada de falsos positivos?

## Objetivos

- Cotejar la correspondencia entre la presencia de un diagnóstico y el cumplimiento de los criterios correspondientes del DSM-V.
- Comprobar la existencia de diferencias significativas en la percepción de la funcionalidad diaria entre el grupo de personas con un trastorno mental diagnosticado y el grupo sin diagnóstico.
- Constatar la presencia de diferencias significativas en la percepción de la funcionalidad en la vida cotidiana entre personas que cumplan los criterios diagnósticos de algún trastorno mental, independientemente del número de trastornos y de su naturaleza (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social y/o Trastorno de Depresión Mayor) y los que no lo hacen. Además de hacer la comparación tomando los trastornos de forma individual.
- Verificar si la percepción de la discapacidad es superior cuantos más trastornos mentales se cumplieran según los criterios del DSM-V.
- Elaborar un perfil de la persona con un trastorno mental diagnosticado según las variables sociodemográficas de interés (sexo, edad y nivel de estudios completado).

## Hipótesis

- Carencia de una correspondencia clara entre la etiqueta diagnóstica y el cumplimiento de los criterios diagnósticos correspondientes.
- Ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los participantes con diagnóstico y sin diagnóstico en cuanto a la funcionalidad diaria.
- Falta de diferencias estadísticamente significativas entre las personas que cumplen los criterios diagnósticos de TAG, TAS o TDM y los que no respecto al funcionamiento diario.
- Presencia de una correlación positiva pero no significativa entre el número de trastornos mentales cuyos criterios diagnósticos se cumplen y el grado de discapacidad autopercebida.
- Existencia de un perfil correspondiente con el obtenido en el informe *La situación de la salud mental en España: mujer joven con un bajo nivel de estudios*.

## Método

### Participantes

Los participantes del presente trabajo fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de bola de nieve mediante la difusión de un cuestionario online. Inicialmente, hubo una participación de 256 personas pero, al corregir las respuestas correspondientes a los ítems de control y aquellos datos correspondientes a la presencia de un diagnóstico psicopatológico que no era de interés para el estudio, se obtuvo un tamaño de muestra final de  $N = 233$ .

En la selección final hubo un total de 140 mujeres frente a 93 hombres, lo que se traduce a unos porcentajes del 60% y 40% respectivamente.

Destaca la participación de los adultos más jóvenes frente al resto de franjas de edad, encontrándose los límites entre los 18 y 70 años: 123 participantes de entre 18 y 24 años, 33 entre los 25 y 34 años, 17 sujetos comprendidos entre los 35 y 44 años, 14 personas de entre 45 y 54 años, 36 con edades entre los 55 y 64 años y, finalmente, 10 participantes mayores de 65 años. En conjunto, hay una media de edad de 33,2 años, con una desviación típica de 16,2 años.

Entre otras características también se les preguntó por el nivel de estudios más alto superado: 14 de los sujetos acabaron la ESO, 90 finalizaron el bachillerato, 10 participantes un ciclo formativo de grado medio y 38 el superior, 50 personas acabaron ya fuera un grado o licenciatura universitaria, 29 realizaron un máster y, por último, 2 eran doctores.

Finalmente, la última variable que se tuvo en cuenta fue la presencia o no de un diagnóstico psicológico de ansiedad o depresión: la mayoría de la muestra -213 participantes- negó tener un diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión, mientras que los 20 sujetos restantes sí lo afirmaron: 11 personas declararon la presencia de sólo un trastorno de ansiedad, 3 de sólo depresión y 7 contaban con diagnósticos de ambos tipos; una persona presentaba tanto diagnóstico de depresión mayor como de otro trastorno que no era ansiedad.

## **Instrumentos de medida**

Para la realización del presente estudio se difundió un cuestionario de elaboración propia que aglutinaba tres instrumentos diferentes: la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta, el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud y los criterios diagnósticos del DSM-V correspondientes a dos trastornos de ansiedad -Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Ansiedad Social (TAS)- y del Trastorno de Depresión Mayor (TDM). Con ello, se pretendió analizar el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de los trastornos psicológicos mencionados y complementarse con los resultados obtenidos en la Escala de Discapacidad para la posible presencia de un trastorno mental. Se empleó conjuntamente la Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) para asegurar la veracidad de las contestaciones de los participantes.

### ***Criterios diagnósticos del DSM-V***

Para el diseño del cuestionario de este estudio se emplearon principalmente los criterios diagnósticos de distintos trastornos psicológicos de ansiedad y depresión según el DSM-V. Los ítems -cada criterio diagnóstico tomado de forma individual- se agruparon en secciones independientes en función del trastorno mental al que pertenecieran y se presentaron en formato Likert con valores comprendidos entre el 1 y el 5: estas cifras representaban distintos grados de frecuencia en los que se habían dado las situaciones encuestadas, desde “nunca” (1) hasta “siempre” (5); para que se considerara el cumplimiento de un criterio diagnóstico, la respuesta debía ser igual a 4 (“casi siempre”) o 5 (“siempre”), debido a que los síntomas deben estar más tiempo presentes que ausentes durante el período especificado (American Psychiatric Association, 2013).

Esta adaptación se realizó con la intención de evaluar el cumplimiento o no de los criterios pertinentes para el posible diagnóstico de un trastorno mental de ansiedad o depresión. Por sí mismos no se tratan de indicadores fiables de la presencia de una alteración psicológica, por ello se complementó con el WHO/DAS como equivalente del criterio de padecer un malestar clínicamente significativo, indispensable para el

diagnóstico de cualquier trastorno mental incluido en el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Debido a que cada sección hizo referencia un único trastorno psicológico, el período de tiempo por el que se preguntó en cada una de ellas correspondió con el necesario para poder realizar un diagnóstico en cada trastorno: en el caso de los trastornos de ansiedad incluidos -Trastorno de Ansiedad Generalizada (Anexo 1) y Trastorno de Ansiedad Social (Anexo 2)-, en todos ellos se hizo referencia a los últimos 6 meses; por otra parte, en cuanto al Trastorno de Depresión Mayor (Anexo 3), también se centró el interés en los últimos 6 meses con la peculiaridad de que los síntomas debían darse conjuntamente en un mismo período de 2 semanas.

#### ***Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)***

La Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV) de Fonseca-Pedrero et al. (2008) (Anexo 4) se trata de una autoevaluación de 12 ítems con una escala tipo Likert diseñada con el objetivo de detectar a sujetos que respondan de manera aleatoria, pseudoaleatoria o poco honesta (Fonseca-Pedrero et al., 2009). Estos participantes son eliminados de la muestra final al contestar incorrectamente 3 respuestas de la escala.

#### ***Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS)***

Por último, tal y como se adelantó previamente en el escrito, con la finalidad de completar el cuestionario y evaluar así la afectación clínicamente significativa en la vida del individuo que debe darse necesariamente para la confirmación de un diagnóstico de un trastorno mental, se hizo uso del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS) (Anexo 5).

El WHO/DAS se diseñó entre los años 1976 y 1984 hasta completar la versión utilizada en el presente trabajo con el objetivo de separar las características propiamente clínicas del trastorno en cuestión -tales como la evolución del caso y los síntomas- de la afectación en el comportamiento y el ajuste social (Organización Mundial de la Salud, 1988). Con lo cual, el cuestionario mide la funcionalidad o discapacidad de la persona en distintas áreas de su vida diaria (Organización Mundial de la Salud, 1988) y, en el caso concreto de este escrito, se evaluó la discapacidad autopercebida de la persona, teniendo en cuenta las condiciones de aplicación mediante un formato online.

Cada ítem refleja una de las áreas específicas de funcionamiento: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social amplio; además de la duración total de la discapacidad. La escala tiene un formato tipo Likert cuyos valores se encuentran comprendidos entre 0 y 5, en lo que el 0 equivale a “ninguna discapacidad”, 5 es “discapacidad máxima” y las puntuaciones intermedias suponen distintos grados de discapacidad en orden creciente pero recuperable con ayuda.

### **Procedimiento**

La recogida de datos fue realizada mediante la difusión de un cuestionario online diseñado en la aplicación Google Forms a través de la red social WhatsApp con un método no probabilístico bola de nieve, con lo que la autora comenzó la transmisión del cuestionario a medida que solicitaba la colaboración de los participantes para hacerlo llegar al mayor número de personas posible que, para poder cumplimentar la encuesta, debían dar su consentimiento informado; al inicio del cuestionario se les aseguró que se trataba de una participación voluntaria y anónima solicitada únicamente para fines científicos, protegida por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (Gobierno de España) y por el Código Deontológico del Colegio de Psicología de España. La recogida de datos se realizó entre el 16 de diciembre de 2023 y el 20 de febrero de 2024.

### **Diseño**

Según la clasificación diseñada por Montero y León (2007), el presente estudio se describiría como un estudio empírico de carácter transversal y cuantitativo.

### **Análisis de datos**

En un primer momento se utilizó el programa FACTOR para realizar un procedimiento de análisis factorial exploratorio para cada una de las escalas tomadas de manera individual: TAG, TAS y TDM. De esta manera se comprobó mediante un análisis paralelo que, efectivamente, las escalas medían un único factor -el trastorno que pretendían describir. Los análisis se realizaron a partir de la matriz de correlaciones y en todas las escalas se hizo uso de las correlaciones policóricas debido a la asimetría de la distribución univariada de los ítems. Con la intención de comprobar la adecuación de la muestra, se hizo uso de la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-

Meyer-Olkin (KMO), así como el empleo del Índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el Error Cuadrático Medio de Aproximación por grado de libertad (RMSEA) como índices de ajuste. Además, se comprobó en cada caso el porcentaje de varianza total explicada por el factor sobre el modelo.

A continuación, se estimó la fiabilidad de las escalas de elaboración propia para la evaluación de los distintos trastornos (TAG, TAS y TDM). Para ello, se utilizó el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach.

Una vez se hubo analizado correctamente la estructura de las escalas se pasó al estudio del contenido de las mismas. Primeramente, se comprobó el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos necesarios para considerar la presencia del trastorno mental pertinente de forma individual para cada uno de los participantes mediante el programa Excel.

Después, con la intención de comparar las puntuaciones en la discapacidad autopercebida entre grupos experimentales (grupo sin diagnóstico y grupo con diagnóstico; grupo no trastorno y grupo trastorno; grupo no TAG y grupo TAG; grupo no TAS y grupo TAS; y grupo no TDM y grupo TDM -aquí el término “trastorno” no hace referencia a la presencia del mismo, sino al cumplimiento de los criterios diagnósticos del DSM necesarios para que dicho trastorno pueda darse-) se empleó una prueba T de muestras independientes y para obtener unos resultados más exhaustivos y no limitarlos a las diferencias estadísticamente significativas, se hizo uso de la D de Cohen para obtener el tamaño del efecto. Como además se quiso averiguar si el número de trastornos cuyos criterios se cumplían afectaba a la gravedad de la discapacidad autopercebida, se llevó a cabo la correlación Rho de Spearman para cada una de las áreas de funcionalidad del WHO/DAS debido a la naturaleza ordinal de esta escala.

## **Resultados**

### **Estructura interna de las escalas para la evaluación del TAG, TAS y TDM**

Para comprobar si las escalas diseñadas para la evaluación del TAG, TAS y TDM efectivamente se trataban de escalas unidimensionales, se llevó a cabo para cada una de ellas un procedimiento de análisis factorial exploratorio. En todos ellos se confirmó mediante un análisis paralelo que el número de factores a retener era 1.



En primer lugar, se evaluó la escala TAG. Los valores obtenidos en el KMO y la prueba de Bartlett indicaron la buena adecuación de la muestra. Para asegurar un buen ajuste del modelo, se hizo uso de los índices de ajuste CFI y RMSEA, que lo confirmaron. Finalmente, se cotejó el porcentaje total de varianza explicado por el factor, la cual resultó suficiente (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Análisis factorial exploratorio de la escala TAG*

Adecuación			Índices de ajuste		Nº factores	% var
KMO	Bartlett	<i>p</i>	CFI	RMSEA		
0,824	1299,9	<0,001	0,987	0,074	1	60,76%

En cuanto a la escala TAS, se procedió de la misma manera que con la escala anterior. Primeramente, pese a que el valor obtenido de KMO se considere medio, la prueba de Bartlett resultó estadísticamente significativa, con lo que la muestra puede considerarse adecuada. Por otra parte, los índices de ajuste fueron excelente en el caso del CFI y favorable en cuanto al RMSEA. Por último, el porcentaje de varianza total explicado por el único factor obtenido fue bastante alto (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Análisis factorial exploratorio de la escala TAS*

Adecuación			Índices de ajuste		Nº factores	% var
KMO	Bartlett	<i>p</i>	CFI	RMSEA		
0,665	1526,9	<0,001	0,995	0,072	1	80,85%

Finalmente, en referencia a la escala TDM, de la que también se extrajo un único factor, se consideró una buena adecuación de la muestra tanto por el valor obtenido en el KMO como en la prueba de Bartlett. Se comprobó que el modelo ajusta correctamente, con un valor adecuado en el RMSEA y una cifra excelente en el CFI

según los criterios de referencia. En cuanto al porcentaje de varianza explicado por el factor extraído, éste es alto (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Análisis factorial exploratorio de la escala TDM*

Adecuación			Índices de ajuste		Nº factores	% var
KMO	Bartlett	<i>p</i>	CFI	RMSEA		
0,844	2695,9	<0,001	0,990	0,076	1	70,39%

### **Fiabilidad de las escalas para la evaluación del TAG, TAS y TDM**

Con la intención de estimar la fiabilidad de las pruebas de elaboración propia del TAG, TAS y TDM a partir de los criterios diagnósticos del DSM-V, se le aplicó a cada una de ellas el estadístico de fiabilidad Alfa de Cronbach. Tras realizar el análisis estadístico se consideró que las tres pruebas eran fiables, ya que en todas se obtuvo una puntuación superior al criterio de 0,700 tanto en la fiabilidad global de las escalas como en la fiabilidad de los ítems (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Estadísticas de fiabilidad de las escalas de TAG, TAS y TDM*

Alfa de Cronbach TAG	Alfa de Cronbach TAS	Alfa de Cronbach TDM
0,788	0,807	0,854

### **Correspondencia entre la presencia de un diagnóstico y el cumplimiento de los criterios diagnósticos**

Al realizar la revisión de las respuestas proporcionadas por los participantes se comprobó que aquéllos que afirmaron tener un diagnóstico de trastorno mental cumpliera con los criterios correspondientes a dicha alteración. De los 20 participantes

que contaban con un diagnóstico de un trastorno de ansiedad (generalizada o social), depresión o ambos, se obtuvo que existía una correspondencia entre diagnóstico y los criterios del DSM-V en 5 de esos participantes (25%), mientras que los 15 restantes (75%) no cumplían la relación. Sobre aquellos que no poseían un diagnóstico (213 individuos), se halló que 30 personas sí cumplían con los criterios diagnósticos necesarios para la consideración de un trastorno mental de los estudiados (14%).

### **Diferencias en la discapacidad autopercebida en función del diagnóstico**

Para dar solución a este objetivo se dividió a la muestra en dos grupos en función de si contaban o no con un diagnóstico de trastorno mental -“con diagnóstico” y “sin diagnóstico”-, y se aplicó una Prueba T en relación a las distintas áreas de funcionamiento diario -cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social amplio- para comprobar las diferencias entre grupos sobre la discapacidad autopercebida. Con esta división, el grupo “con diagnóstico” se integró por 20 participantes (8,58%), mientras que el grupo sin diagnóstico se conformó por 213 personas (91,42%). Se realizó una prueba de muestras independientes en la que la prueba de Levene de igualdad de varianzas dio una F significativa en las áreas de funcionamiento ocupacional, familiar y social y no lo hizo en el cuidado personal: cuidado personal ( $F = 3,585$ ;  $p = 0,060$ ), funcionamiento ocupacional ( $F = 10,172$ ;  $p = 0,002$ ) funcionamiento familiar ( $F = 13,410$ ;  $p < 0,001$ ) y funcionamiento social ( $F = 5,072$ ;  $p = 0,025$ ). A continuación, se obtuvieron los resultados de la prueba T para igualdad de medias para cada área de funcionamiento, con la que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todos los ámbitos menos en el cuidado personal: cuidado personal ( $t = 0,991$ ;  $p = 0,323$ ), funcionamiento ocupacional ( $t = 2,138$ ;  $p = 0,044$ ), funcionamiento familiar ( $t = 2,123$ ;  $p = 0,046$ ) y funcionamiento social ( $t = 2,811$ ;  $p = 0,011$ ). El tamaño del efecto varió en función del área de funcionalidad: con un bajo valor en la D de Cohen en el caso del cuidado personal y valores medios en el resto de los apartados (Tabla 5).

**Tabla 5***Prueba T para igualdad de medias entre Grupo Diagnóstico y Grupo No Diagnóstico*

	Media ( <i>M</i> )		Tamaño del efecto ( <i>d</i> )
	D	ND	
Cuidado personal	0,25	0,11	0,232
Funcionamiento ocupacional	0,60	0,20	0,500
Funcionamiento familiar	0,70	0,25	0,497
Funcionamiento social	1,15	0,39	0,657

*Nota.* D = Grupo Diagnóstico; ND = Grupo No Diagnóstico**Diferencias en la discapacidad autopercebida según los criterios diagnósticos del DSM-V**

Para este apartado se llevaron a cabo los mismos pasos que para resolver el objetivo anterior: se utilizó una prueba T de igualdad de medias para identificar si existían diferencias estadísticamente significativas en la discapacidad autopercebida comparando diversos grupos: primero, aquéllos que pudieran presentar alguno de los trastornos mentales evaluados en el estudio (TAG, TAS o TDM) según los criterios del DSM-V independientemente del tipo o número de trastornos que se cumplieran; a continuación, se hizo el mismo proceso tomando de forma individual cada uno de los trastornos de interés. Para la realización de este apartado, ninguno de los participantes contaba con un diagnóstico de trastorno mental.

***Diferencias entre cumplir algún trastorno mental o no***

En este caso, la muestra se encontraba dividida en dos grupos: por una parte, aquéllos que cumplían con los criterios diagnósticos de algún trastorno mental, formada por 30 participantes (14%); y, por otro lado, los que no, 183 participantes (86%). Al aplicar la prueba de muestras independientes, la prueba de Levene de igualdad de varianzas resultó estadísticamente significativa en todas las áreas de funcionalidad del WHO/DAS, con lo que no se asumieron varianzas iguales: cuidado personal ( $F =$

26,773;  $p < 0,001$ ), funcionamiento ocupacional ( $F = 9,791$ ;  $p = 0,002$ ), funcionamiento familiar ( $F = 33,492$ ;  $p < 0,001$ ) y funcionamiento social ( $F = 25,049$ ;  $p < 0,001$ ). A continuación, al realizar la prueba T para igualdad de medias se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para todas las áreas de funcionamiento diario excepto en el cuidado personal: cuidado personal ( $t = 1,799$ ;  $p = 0,082$ ), funcionamiento ocupacional ( $t = 2,374$ ;  $p = 0,023$ ), funcionamiento familiar ( $t = 3,308$ ;  $p = 0,002$ ) y funcionamiento social ( $t = 5,202$ ;  $p < 0,001$ ). En relación con el tamaño del efecto, los valores obtenidos mediante la utilización de la D de Cohen fueron bajo en el cuidado personal y funcionamiento ocupacional, mediano en el ámbito familiar y destacó el funcionamiento social con un tamaño del efecto muy alto (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Prueba T para igualdad de medias entre Grupo Algún Trastorno y Grupo No Trastorno*

	Media ( $M$ )		Tamaño del efecto
	AT	NT	( $d$ )
Cuidado personal	0,40	0,07	0,354
Funcionamiento ocupacional	0,47	0,15	0,468
Funcionamiento familiar	0,70	0,18	0,652
Funcionamiento social	1,33	0,24	1

*Nota.* AT = Grupo Algún Trastorno; NT = Grupo Ningún Trastorno

***Diferencias entre cumplir TAG y no cumplir TAG***

Para este análisis, el Grupo TAG estaba conformado por 16 integrantes de la muestra total (7,51%) y el Grupo No TAG por 197 personas (92,49%). En la prueba de Levene de igualdad de varianzas resultaron estadísticamente significativas las áreas de funcionamiento familiar y social, mientras que no lo hicieron el cuidado personal y el funcionamiento ocupacional: cuidado personal ( $F = 2,609$ ;  $p = 0,108$ ), funcionamiento ocupacional ( $F = 2,059$ ;  $p = 0,153$ ), funcionamiento familiar ( $F = 9,580$ ;  $p = 0,002$ ) y funcionamiento social ( $F = 5,183$ ;  $p = 0,024$ ). Una vez aplicada la prueba T para igualdad de medias se comprobó que tan sólo existían diferencias estadísticamente

significativas en el área “funcionamiento social”: cuidado personal ( $t = 1,029$ ;  $p = 0,305$ ), funcionamiento ocupacional ( $t = 1,192$ ;  $p = 0,234$ ), funcionamiento familiar ( $t = 1,611$ ;  $p = 0,126$ ) y funcionamiento social ( $t = 3,841$ ;  $p = 0,001$ ). Finalmente, la D de Cohen reflejó un bajo tamaño del efecto en todas las áreas de funcionamiento excepto en el funcionamiento social, que se consideró alto (Tabla 7).

**Tabla 7**

*Prueba T para igualdad de medias entre Grupo TAG y Grupo No TAG*

	Media ( $M$ )		Tamaño del efecto
	TAG	NTAG	( $d$ )
Cuidado personal	0,25	0,10	0,267
Funcionamiento ocupacional	0,38	0,18	0,310
Funcionamiento familiar	0,56	0,23	0,419
Funcionamiento social	1,38	0,31	0,998

***Diferencias entre cumplir TAS y no cumplir TAS***

En este caso, la muestra se dividió en el Grupo TAS, con 6 participantes (2,82%) y el Grupo No TAS, de 207 componentes (97,18%). Tras aplicar una prueba de muestras independientes, la prueba de Levene de igualdad de varianzas indicó que se asumían varianzas iguales en todos los casos menos en el apartado “funcionamiento familiar”: cuidado personal ( $F = 0,106$ ;  $p = 0,745$ ), funcionamiento ocupacional ( $F = 0,246$ ;  $p = 0,621$ ), funcionamiento familiar ( $F = 7,624$ ;  $p = 0,006$ ) y funcionamiento social ( $F = 2,113$ ;  $p = 0,148$ ). Posteriormente, en la prueba T para igualdad de medias, tan sólo resultó estadísticamente significativa el área “funcionamiento social”: cuidado personal ( $t = 0,241$ ;  $p = 0,810$ ), funcionamiento ocupacional ( $t = 0,544$ ;  $p = 0,587$ ), funcionamiento familiar ( $t = 2,330$ ;  $p = 0,066$ ) y funcionamiento social ( $t = 4,472$ ;  $p < 0,001$ ). El valor de la D de Cohen para el tamaño del efecto en el área de cuidado personal y funcionamiento ocupacional resultaron insignificantes y alto en el funcionamiento familiar y social (Tabla 8).

**Tabla 8***Prueba T para igualdad de medias entre Grupo TAS y Grupo No TAS*

	Media (M)		
	TAS	NTAS	
Cuidado personal	0,17	0,11	0,1
Funcionamiento ocupacional	0,33	0,19	0,102
Funcionamiento familiar	1,17	0,23	0,965
Funcionamiento social	1,83	0,35	1

***Diferencias entre cumplir TDM y no cumplir TDM***

La muestra total fue dividida en los grupos TDM, con 17 participantes (7,98%) y No TDM, con 196 participantes (92,02%). En la prueba de Levene de igualdad de varianzas no se asumió el supuesto en ningún ámbito: cuidado personal ( $F = 21,305$ ;  $p < 0,001$ ), funcionamiento ocupacional ( $F = 5,394$ ;  $p = 0,021$ ), funcionamiento familiar ( $F = 15,506$ ;  $p < 0,001$ ) y funcionamiento social ( $F = 9,244$ ;  $p = 0,003$ ). En este caso, la prueba T para la igualdad de medias resultó estadísticamente significativa en el área de funcionamiento social del WHO/DAS: cuidado personal ( $t = 1,296$ ;  $p = 0,213$ ), funcionamiento ocupacional ( $t = 1,657$ ;  $p = 0,115$ ), funcionamiento familiar ( $t = 2,012$ ;  $p = 0,060$ ) y funcionamiento social ( $t = 2,874$ ;  $p = 0,010$ ). En este caso, la D de Cohen indicó un tamaño del efecto pequeño en el cuidado personal y funcionamiento ocupacional, mediano en el funcionamiento familiar y alto en el social (Tabla 9).

**Tabla 9***Prueba T para igualdad de medias entre Grupo TDM y Grupo No TDM*

	Media (M)		
	TDM	NTDM	
Cuidado personal	0,47	0,08	0,328
Funcionamiento ocupacional	0,47	0,17	0,419

Funcionamiento familiar	0,65	0,22	0,509
Funcionamiento social	1,12	0,33	0,727

### **Correlación entre el número de trastornos y la discapacidad autopercebida**

Con la intención de discernir la posible relación entre el número de trastornos diagnósticos cuyos criterios diagnósticos son cumplidos y el grado de discapacidad autopercebida, se empleó la Rho de Spearman para cada una de las áreas de funcionamiento diario. Pese a que los valores no aparentan ser especialmente altos, sí muestran la existencia de una correlación positiva significativa entre el número de posibles trastornos y la gravedad de la discapacidad percibida por el sujeto (Tabla 10).

**Tabla 10**

*Correlaciones entre el número de trastornos y el grado de discapacidad autopercebida*

	Correlación nº trastornos - discapacidad	Significación ( <i>p</i> )
Cuidado personal	0,266	< 0,001
Funcionamiento ocupacional	0,272	< 0,001
Funcionamiento familiar	0,297	< 0,001
Funcionamiento social	0,489	< 0,001

### **Perfil de la persona con trastorno mental**

En referencia al último objetivo, se elaboró un perfil sociodemográfico de la persona que tiene un trastorno mental. Se obtuvo que, principalmente, se tratan de mujeres con un 88,46% frente a un 11,54% de hombres; el grupo de edad más afectado es el de los adultos más jóvenes, en especial aquéllos comprendidos entre los 18 y 24 años (69,23%); sobre el nivel de estudios, destacan aquéllos que han finalizado el bachillerato (61,54%).



## Discusión

A la vista de los resultados obtenidos, podría afirmarse que nos encontramos ante una situación, cuanto menos, paradójica. Por una parte, se ha visto que tan solo un cuarto de las personas con un trastorno mental diagnosticado cumplía con el mínimo de criterios necesarios para poder determinarse la presencia de dicho trastorno. Por otra, 30 de los participantes que negaron contar con un diagnóstico de trastorno mental de los estudiados en el presente trabajo sí cumplieron los criterios diagnósticos de, al menos, uno de ellos. Se hablaría de “paradoja” en cuanto a la aparente existencia de un sobrediagnóstico dentro del Grupo Diagnóstico, mientras que el Grupo No Diagnóstico presentaría un infradiagnóstico, todo ello basado únicamente en el criterio subjetivo de normalidad psicológica.

De esta manera, los resultados podrían indicar la insuficiencia de emplear únicamente el DSM-V en la práctica clínica como guía para el diagnóstico; autores como Moreno (2019) subrayan la importancia de una evaluación psicológica completa mediante el uso de la entrevista, pruebas psicométricas y la observación. Lo cual puede relacionarse directamente con la necesidad de contextualizar el malestar psicológico de las personas, tal y como se ha defendido a lo largo del escrito con las aportaciones de Horwitz o Wakefield.

De otro modo, la cuestión del infradiagnóstico puede relacionarse con la percepción del empeoramiento de la salud mental en nuestro país (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023) para el cual los encuestados sí hablaban de posibles factores desencadenantes de este fenómeno, todos ellos delimitados dentro del contexto del individuo o, en este caso, de la sociedad española. Por tanto, en relación con la primera hipótesis, no se obtienen resultados concluyentes.

Entre ambos grupos se encuentran diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas de funcionamiento excepto en el cuidado personal. Teniendo en cuenta que el criterio fundamental para valorar un caso de trastorno mental es la alteración de la funcionalidad (el “malestar clínicamente significativo”), parece ser que, evidentemente, puede hablarse de un peor funcionamiento diario en las personas con un trastorno mental diagnosticado. De esta forma, la segunda hipótesis no se confirma.

Posteriormente, al dividir la muestra en función de si cumplían los criterios diagnósticos para algún trastorno, se observaron los mismos resultados que con la comparación entre tener un diagnóstico o no: todas las áreas de funcionamiento excepto el cuidado personal fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, al tomar de forma individual cada uno de los trastornos analizados, se obtuvo que tan sólo existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto al funcionamiento social, lo que también se relaciona con que la D de Cohen reflejara un mayor tamaño del efecto en este ámbito diario, por lo que puede afirmarse que se trata del área de mayor afectación en relación con la salud mental. Con ello, podría decirse que la hipótesis tres se cumple al analizar uno a uno los trastornos de estudio, pero de manera global no puede considerarse esta hipótesis como verdadera.

La cuarta hipótesis tampoco se verifica, debido a la existencia de una correlación positiva significativa entre el número de trastornos mentales de los cuales se cumplen los criterios diagnósticos y el grado de discapacidad autopercibida. Podría pensarse a la luz de los resultados que importan menos los síntomas clínicos para recibir un diagnóstico que los problemas en el funcionamiento diario. Lo que apuntaría a que los clínicos podrían estar utilizando más un criterio funcional-psicológico que uno psicopatológico. Este último punto puede, por tanto, relacionarse con los resultados correspondientes a la hipótesis uno.

Por último, en lo referente al perfil de la persona con un trastorno mental, el presente trabajo reproduce los datos obtenidos por el trabajo que se tomó como referencia incluido en el informe *La situación de la salud mental en España* (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023): ambos presentan un perfil femenino, joven y con un bajo nivel de estudios.

### ***Limitaciones***

Para empezar, debe tenerse en cuenta que para la elaboración de este escrito tan sólo se tomó como referencia la percepción individual y, por tanto, subjetiva de los participantes acerca de su estado de salud mental. Debido a las características del trabajo, no fue posible la obtención de información por otros medios tales como la entrevista, la utilización de pruebas psicométricas estandarizadas o la observación, que sí serían viables en un estudio de carácter longitudinal.

También se considera necesario hacer un apunte sobre el perfil que se ha elaborado. Si bien es cierto que coincide con el perfil resultante del estudio de referencia, se debe puntualizar un sesgo debido a las características de la muestra que, principalmente, se compone por gente joven -por lo que no les ha sido posible alcanzar un nivel de estudios superior- y con mayor participación de las mujeres frente a los hombres.

### ***Perspectivas de futuro***

Para empezar, cabe destacar la importancia de la aportación de una perspectiva práctica a un debate que se ha disputado desde una visión puramente teórica, el cual puede contribuir a la adopción de una nueva óptica que pueda proporcionar datos desconocidos sobre la temática. Para ello, puede hacerse uso de los puntos desarrollados en el apartado de limitaciones: la elaboración de un estudio longitudinal con población general más heterogénea en el que haya un número equiparable de participantes con un diagnóstico o sin él, incluso con una muestra únicamente conformada por personas con un diagnóstico de trastorno mental, y el diseño de una evaluación psicológica completa con variedad de instrumentos.

### **Conclusiones**

Primeramente, no puede considerarse la existencia de una estricta correspondencia entre los diagnósticos clínicos y las puntuaciones obtenidas en las escalas empleadas. Esto puede deberse a distintos factores como la inconsistencia en la asignación de los diagnósticos por parte del clínico, la predilección por el uso de otros criterios distintos a los psicopatológicos -más bien funcionales- o al carácter evolutivo de los propios trastornos psicopatológicos, ya que el diagnóstico y la participación en el estudio se hicieron en momentos diferentes. No puede conocerse con la metodología utilizada.

Hay correspondencia entre la discapacidad percibida y la presencia de trastorno mental al tomarse conjuntamente las distintas etiquetas diagnósticas, pero no al considerarse de manera individual. De todas formas, existe relación entre el número de trastornos y una mayor percepción de discapacidad, especialmente en el ámbito social -el más afectado-, lo que muestra la correspondencia entre ser tributario de un diagnóstico y la afectación en la esfera relacional de la persona.

El perfil que caracteriza a la persona con un trastorno mental se corresponde con el de otros estudios más amplios: sexo femenino, joven y con un bajo nivel de estudios.

Finalmente, la metodología empleada no permite dirimir alguno de los problemas clave apuntados anteriormente debido a dos cuestiones principales: el carácter transversal del estudio y el carácter autoinformado de las escalas.

### Referencias

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed.* Washington, DC: APA.

Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M., y von Peter, S. (2021). Psychiatrization of society: a conceptual framework and call for transdisciplinary research. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1-11.  
doi:10.3389/fpsy.2021.645556

Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la salud mental en España*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>

Cova, F., Rincón, P., Grandón, P., Saldivia, S. y Vicente, B. (2017). Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva de Jerome Wakefield. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 55*(3), 186-194.  
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000300186>

Fonseca-Pedrero, E., Paño-Piñeiro, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2008). *Oviedo Infrequency Scale (INF-OV)* [Database record]. APA PsycTests.  
<https://doi.org/10.1037/t11019-000>

Fonseca-Pedrero, E., Paño-Piñeiro, M., Lemos-Giráldez, S., Villazón-García, U. y Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire-Brief Form in adolescents. *Schizophrenia Research, 111*, 53-60.  
doi:10.1016/j.schres.2009.03.006

González-Pardo, H. y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.

- Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2012). *All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.
- Horwitz, A.V. (2021). *DSM: A history of psychiatry's bible*. Johns Hopkins University Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE)*.  
[https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175)
- Lousdal, M. L. y Plana-Ripoll, O. (2024). Do epidemiologists choose the right tools to explore the impact of mental disorders over time? *European Neuropsychopharmacology*, 79, 1-3.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.09.011>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Moreno, C. (2019). El proceso de evaluación psicológica. Un método científico. En C. Moreno e I.M. Ramírez (Ed.), *Evaluación psicológica. Proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos (pp. 51-113)*. Sanz y Torres.
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y.T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M. y Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 235-243.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>
- Naciones Unidas. (2020). *Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health*. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1988). *WHO psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS): with a guide to its use*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/handle/10665/40429>

- Organización Mundial de la Salud. (2022a, 2 de marzo). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b, 8 de junio). *Trastornos mentales*. [Nota de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Paris, J. (2015). *Overdiagnosis in Psychiatry: how modern psychiatry lost its way while creating a diagnosis for almost all life's misfortunes*. Oxford Press.
- Paris, J. (2024). Psychiatric Diagnosis 10 Years After the Publication of DSM-5: Update of its Impact on the Legal System. *Psychological Injury and Law*, 1-6.
- Wakefield, J.C., Schmitz, M.F., First, M.B. y Horwitz, A.V. (2007). Extending the bereavement exclusion for major depression other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 433-440.
- Wakefield, J.C. (2010). False positives in psychiatric diagnosis: implications for human freedom. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 5-17.
- Wakefield, J.C. (2016). Diagnostic issues and controversies in DSM-5: return of the false positive problem. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 105-132.

## Anexos

### Anexo 1. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-V

Siento ansiedad y preocupación excesiva en cuanto a diversos sucesos o actividades.	1	2	3	4	5
Me es difícil controlar mi preocupación.	1	2	3	4	5
Siento inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.	1	2	3	4	5
Me siento fácilmente fatigado.	1	2	3	4	5
Tengo dificultad para concentrarme o me quedo con la mente en blanco.	1	2	3	4	5
Me siento irritable.	1	2	3	4	5
Noto tensión muscular.	1	2	3	4	5
Tengo problemas de sueño (dificultad para dormirme o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).	1	2	3	4	5

*Nota.* 1 = Nunca; 2 = Casi Nunca; 3 = A veces; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre.

Frecuencia con relación a los últimos 6 meses.

### Anexo 2. Escala del Trastorno de Ansiedad Social según el DSM-V

He sentido miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que puedo estar expuesto al examen por parte de otras personas.	1	2	3	4	5
En estas situaciones tengo miedo de actuar de cierta manera o mostrar signos de ansiedad que se valores negativamente (que puedan provocar el rechazo de otras personas).	1	2	3	4	5

Las situaciones sociales me provocan miedo o ansiedad.	1	2	3	4	5
Evito las situaciones sociales o las resisto con miedo o ansiedad intensa.	1	2	3	4	5
El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y ha durado 6 meses o más.	1	2	3	4	5

---

*Nota.* 1 = Nunca; 2 = Casi Nunca; 3 = A veces; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre.

Frecuencia con relación a los últimos 6 meses.

### **Anexo 3. Escala del Trastorno de Depresión Mayor**

He tenido un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.	1	2	3	4	5
He tenido una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.	1	2	3	4	5
He sufrido una pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso.	1	2	3	4	5
He tenido dificultades para dormir o he dormido mucho.	1	2	3	4	5
He sentido agitación o enlentecimiento de mis movimientos.	1	2	3	4	5
He sentido fatiga o pérdida de energía.	1	2	3	4	5
He tenido un sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada.	1	2	3	4	5
He notado una disminución de la capacidad para pensar o concentrarme, o para tomar decisiones.	1	2	3	4	5
He tenido pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para	1	2	3	4	5

---



llevarlo a cabo.

---

*Nota.* 1 = Nunca; 2 = Casi Nunca; 3 = A veces; 4 = Casi siempre; 5 = Siempre.

Frecuencia con relación a las mismas 2 semanas durante los últimos 6 meses.

#### **Anexo 4. Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)**

---

En alguna ocasión, he estado solo en casa	1	2	3	4	5
Nunca he ido al cine	1	2	3	4	5
Cuando estoy cansado o enfermo, a veces me apetece acostarme pronto en la cama	1	2	3	4	5
Conozco a gente que lleva gafas	1	2	3	4	5
Se llega antes de Madrid a Moscú en coche que en avión	1	2	3	4	5
En alguna ocasión, he viajado en autobús	1	2	3	4	5
Algunas veces, al llamar por teléfono, me he encontrado que comunicaba	1	2	3	4	5
La distancia entre Madrid y Barcelona es mayor que entre Madrid y Nueva York	1	2	3	4	5
Hay personas a las que se les dan bien los idiomas	1	2	3	4	5
En alguna ocasión he visto una película en la televisión	1	2	3	4	5
En alguna ocasión, he visto a niños jugando en el parque	1	2	3	4	5
Nunca he entrado en un bar	1	2	3	4	5

---

**Anexo 5. Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS)**

Cuidado personal. Se refiere a la higiene personal, forma de vestirse, forma de alimentarse, etc	1	2	3	4	5
Funcionamiento ocupacional. Se refiere al funcionamiento esperado en actividades remuneradas, estudios, labores domésticas, etc	1	2	3	4	5
Funcionamiento familiar. Se refiere a la interacción esperada con el cónyuge, los padres, los hijos, y otros familiares	1	2	3	4	5
Funcionamiento en el contexto social amplio. Se refiere a las actividades que se espera que realice el enfermo como miembro de una comunidad, su participación en el ocio, y en otras actividades sociales	1	2	3	4	5
Duración total de la discapacidad	Menos de un año	Un año o más	Desconocida		