



Los niveles de malestar psicológico en personas que solicitan psicoterapia
y personas que no recurren a la atención profesional para su salud mental.
Un estudio comparativo.

Autor: Guillermo Miralles Herrero
Tutora: Dr. Lucía Halty Barrutieta

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Madrid

Junio de 2025

Resumen

El presente trabajo analiza los niveles de malestar psicológico en función de variables sociodemográficas (edad y sexo), entre quienes no presentan demanda para atender su salud mental y solicitantes de psicoterapia. Mediante un enfoque cuantitativo se evaluó a 556 adultos con los instrumentos CORE OM- 34 y SA-45. Los resultados muestran mayores niveles de malestar en mujeres jóvenes que inician tratamiento, y diferencias estadísticamente significativas entre subgrupos, especialmente en adultos jóvenes que solicitan psicoterapia. Los análisis de regresión logística identificaron ítems con alta capacidad predictiva de pertenencia al grupo clínico, destacando el CORE-OM por su mayor sensibilidad y especificidad. Los hallazgos ponen de relieve la necesidad de intervenciones sensibles a la edad y al género, así como implicaciones clínicas sobre el malestar psicológico en la sociedad actual. Se discuten limitaciones metodológicas.

Palabras clave: Malestar psicológico; Edad; Género; Acceso al tratamiento; Evaluación psicológica.

Abstract:

The present study analyzes levels of psychological distress influenced by sociodemographic variables (age and sex), among those who do not request mental health care and psychotherapy seekers. A quantitative approach was used to evaluate 556 adults with the CORE OM-34 and SA-45 instruments. The results show higher levels of distress among young women initiating treatment, and statistically significant differences between subgroups, especially in young adults seeking psychotherapy. Logistic regression analyses identified items with high predictive capacity for clinical group membership, with the CORE-OM standing out for its greater sensitivity and specificity. The findings highlight the need for age- and gender-sensitive interventions, as well as clinical implications on psychological distress in today's society. Methodological limitations are discussed.

Keywords: Psychological distress; Age; Gender; Access to treatment; Psychological assessment.

Índice

Introducción	5
a) Datos sobre la prevalencia y el interés en Salud Mental en España.....	5
b) La solicitud de asistencia para problemas de salud mental	10
c) Definiciones relevantes.....	12
d) Preguntas de investigación	15
e) Objetivos de investigación.....	15
f) Hipótesis de investigación	16
Metodología	17
i. Participantes.....	17
ii. Diseño del estudio	18
iii. Instrumentos	18
iv. Procedimiento	21
v. Análisis de datos	22
Resultados	24
Discusión	32

Introducción

La atención a la salud mental es un elemento esencial para la construcción de la calidad de vida de las personas, y que los ciudadanos puedan ejercer plenamente sus derechos y deberes. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocía su importancia, proclamando “no hay salud sin salud mental” durante la Declaración de Helsinki en 2005 (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 17). Dada su relevancia, existen organismos e instituciones que recogen datos epidemiológicos sobre esta problemática, posibilitando obtener una radiografía de las poblaciones en esta materia.

a) Datos sobre la prevalencia y el interés en Salud Mental en España.

En España, anteriormente esta información era recabada en las dos encuestas de salud existentes. Dirigidas por el Ministerio de Salud y por el Instituto Nacional de Estadística (INE), las dos cuestionaciones a la población española en materia de salud eran la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud de España (EESA). La ENSE presentó su primera edición en el año 1987, y la última publicada fue en 2017. Por su parte, la EESA se inició en el 2009, y con una periodicidad de 6 años según la normativa europea, generó tres ediciones, la última en el 2020. Actualmente, estas dos encuestas han sido integradas en una sola de acuerdo con el Plan Estadístico Nacional 2021-2024, dando lugar a la creación de la Encuesta de Salud de España (ESdE). La convergencia de los dos materiales que la preceden afecta al contenido, así como a la cobertura poblacional, viéndose ampliado el rango de edad a la población infantil. Con ella, entre otros indicadores, se obtiene información subjetiva de los individuos sobre su estado de salud, el uso de los servicios sanitarios, y los determinantes de la salud -sociales, ambientales y de estilos de vida- que van más allá del sistema sanitario. Así pues, la ESdE constituye una herramienta fundamental para el conocimiento de la salud de los ciudadanos, la planificación, y la investigación sanitaria. Como se deduce, su objetivo general busca proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo. Particularmente en cuestión de salud mental, procura la obtención de indicadores sobre la salud mental de la población a través de instrumentos validados internacionalmente. Con este propósito, en la cuestionación realizada durante el 2023 a la población igual o mayor de 15 años¹ se utilizaron dos instrumentos que cuantifican el estado de ánimo de la población española (el Índice de

¹ De aquí en adelante, todos los datos referidos a porcentajes de la población española se refieren a población de 15 y más años no institucionalizada; a no ser que se especifique otro dato.

Bienestar-5 o WHO-5, de nueva incorporación en las encuestas españolas de salud, y el Patient Health Questionnaire-8 o PHQ-8), y se registraron las consultas al psicólogo y psiquiatra en la sanidad pública, entre otros indicadores (Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Sanidad, 2023) Los resultados de este nuevo proyecto estadístico, publicados en mayo del 2025, reflejan los siguientes datos de la salud mental de la población, entre otros:

- El 14,6% de la población presentaba un cuadro depresivo durante las dos semanas anteriores a la entrevista, y un 8,0% un cuadro depresivo severo. La prevalencia de esta sintomatología aumentó respecto a 2020, fecha de publicación de la última EESE (Ministerio de Sanidad, 2025).
- El porcentaje de personas que han acudido a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses varía notablemente en función del sexo y la edad. Las mujeres presentan una mayor frecuencia de visitas a estos profesionales en todos los grupos etarios respecto a los hombres, destacando especialmente en las edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, donde los porcentajes superan el 12%. En el caso de los hombres, la horquilla de edad que registra el mayor porcentaje de asistencia a la consulta de uno de estos profesionales es la de 25 a 34 años, con un 9,83%. A partir de esta franja etaria el acceso a estos recursos disminuye progresivamente. Así pues, se observa una clara tendencia descendente con el aumento de la edad, siendo los grupos de mayores de 65 años los que muestran menores niveles de asistencia a servicios de salud mental para ambos sexos (Instituto Nacional de Estadística, 2025).
- El porcentaje de personas que han consumido psicofármacos (tranquilizantes/ relajantes/ pastillas para dormir; o antidepresivos/ estimulantes) en las dos semanas previas a la recogida de datos se distribuye, por un lado, entre un uso recetado y no recetado, y por otro lado, el porcentaje total de personas que efectivamente los ha consumido. De estos datos se determina que los tranquilizantes y antidepresivos son mayoritariamente consumidos bajo prescripción médica, aunque se observa un uso no recetado especialmente relevante entre mujeres jóvenes (el 22,3 % en el grupo de 15 a 24 años hace un consumo no prescrito de tranquilizantes). Tanto entre las mujeres como los hombres, el uso de los tranquilizantes es mayor que el de los antidepresivos. También para ambos sexos, se describe un incremento considerable del uso de los tranquilizantes a partir de los 45 años. En cambio, en los antidepresivos y

estimulantes, esta subida es más marcada solo entre las mujeres. Así, el porcentaje total del consumo de psicofármacos tranquilizantes alcanza su valor más alto, un 31,89 %, en las mujeres mayores de 65 años; en contraste con el valor máximo en los hombres, un 15,93 %, en el mismo tramo de edad. En cuanto al grupo de los antidepresivos y estimulantes, también se detecta esta diferencia de género y edad, siendo el 13,44 % de mujeres mayores de 65 años las que más uso realizan de estos fármacos, frente al 5,61 % en varones (Instituto Nacional de Estadística, 2025) (Instituto Nacional de Estadística, 2025).

Otra encuesta que recoge datos sobre la salud mental de la población, tanto a nivel europeo como nacional, es el Eurobarómetro 2023 (European Commission, 2023). El Eurobarómetro es el instrumento de consulta del Parlamento Europeo para conocer la opinión pública sobre diversidad de temas. Según este sondeo, el 46% de los ciudadanos de la Unión Europea declaró haber tenido un problema emocional o psicosocial, como sentirse deprimido o ansioso, en los últimos 12 meses. En el caso de la población española, es el 56% de los ciudadanos los que refieren haberse enfrentado a dicha problemática. Entre estos, solo el 46% refirió haber recibido ayuda profesional para problemas de salud mental, escogiendo entre las opciones dadas: médico de atención primaria, psiquiatra, psicólogo. Esto sugiere que la mayoría de las personas que se enfrentan a este tipo de problemáticas no buscan, o aun buscándola no reciben atención profesional para su manejo. Los datos aportan una información interesante dado que cuantifican la experiencia propia y la opinión directa de la ciudadanía de la Unión Europea y la española. Se trata de unos datos autoinformados, que escapan de las categorías diagnósticas estáticas del tradicional modelo biomédico de la psicología clínica. Aun siendo muy útiles en algunos aspectos, estas clasificaciones - como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS- no terminan de reflejar la realidad de la experiencia subjetiva de las personas, tal como señalan Flanagan et al. (2010).

A nivel nacional existe el Barómetro Sanitario. Un instrumento con el que anualmente se explora el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, sus prestaciones asistenciales, así como las expectativas existentes sobre los mismos. El Barómetro Sanitario 2024 (Ministerio de

Sanidad y Centro de Investigaciones Sociológicas, 2024) arroja -por primera vez desde el inicio de la serie en 1993- la siguiente información sobre la salud mental:

- El 18,2% de la población manifiesta haber tenido necesidad de consultar a un profesional sanitario, en los últimos 12 meses, por un problema de salud mental o por un malestar psicológico o emocional.
- Entre los que recibieron asistencia, el 47,7% refiere haber sido atendido principalmente en la sanidad pública, el 44,9% en la sanidad privada, y un 2,4% en ambas.
- En el caso de las personas atendidas en la sanidad pública, el 36,8% señala que fue atendido principalmente por su médico de familia, un 36,1% por un psiquiatra, un 20,4% por un psicólogo, el 2,6% por dos o más especialistas, y un 3,2% por otro distinto.
- El 26,8% de los pacientes atendidos en la sanidad pública por un profesional que no era su médico de cabecera lograron obtener una cita con un especialista en salud mental (psiquiatra y/o psicólogo) en menos de 30 días. Por otro lado, el 40,8% consiguió ser atendido en un período de entre 1 y 3 meses, mientras que el 23,8% tardó más de tres meses en ser atendido en consulta.

Aunque los registros aportados son en cierta medida discrepantes, documentan la problemática actual de la salud mental en la población española. También en cierta medida reflejan el creciente interés y sensibilidad por la salud mental. Esto se hace notable en la incorporación de los distintos indicadores y porcentajes referidos a esta esfera de la salud en las encuestas y sondeos mencionados. A su vez, existen otras evidencias de esta incipiente importancia. La elaboración de nuevas políticas públicas orientadas al abordaje de los problemas de salud mental, como por ejemplo el primer Plan de Acción de Prevención del Suicidio en España (2025-2027), son prueba de ello. Otro parámetro que se podría considerar es el aumento de la venta de libros de autoayuda. Estos libros proponen diferentes estrategias para el auto-tratamiento de las dificultades emocionales y problemas vitales, aunque no siempre están apoyadas en la literatura científica y pueden tener un carácter mayormente complementario. Según un estudio elaborado por el comparador de precios online Idealo (Agnazo, 2022), durante la pandemia de la COVID-19 la popularidad de este género creció en un 512%. Datado en el 2022, estos valores continuaban superando a los prepandémicos en un 38%. Una prueba más de la intensificación de la relevancia de la salud mental entre la población se plasma en el informe *La situación de la salud mental en España* (Confederación Salud Mental

España y la Fundación Mutua Madrileña, 2023). Este informe expone que el nivel de importancia que obtiene la salud mental para el bienestar general de los encuestados es del 4,5 sobre 5 (p. 119).

Los datos epidemiológicos, que muestran una prevalencia de los problemas de salud mental ascendente entre la población española -principalmente las afectaciones del estado de ánimo (Depresión y Ansiedad)-, sumados a esta creciente curiosidad o preocupación por la salud mental en la sociedad española actual, pueden generar cierta sensación de alarma. Frente a este escenario, uno se puede preguntar ¿se puede hablar de una epidemia de problemas psicológicos? Según una revisión sistemática de estudios de prevalencia, remisión, duración y de exceso de mortalidad para los Trastornos de Ansiedad y el Trastorno Depresivo Mayor a escala mundial, se concluyó que no había evidencia sobre un aumento de la prevalencia de estos trastornos (Baxter et al., 2014). Habiéndose registrado un incremento del número bruto de los casos en un 36%, esto se vio explicado por el aumento de la población y los cambios en la distribución de edades de las personas. Es decir, el incremento en los números totales se explica por factores demográficos. Así pues, la percepción de una “epidemia” de trastornos mentales comunes como los mencionados se explica mayormente por estos motivos. Entre otros factores adicionales que justifican esta percepción se incluyen mayores ratios de malestar psicológico en la población a través del tiempo (medidos mediante el cuestionario no-diagnóstico General Health Questionnaire (GHQ)), mayor conciencia de la población, y el uso de los términos como ansiedad y depresión en contextos donde no representan un diagnóstico clínico. No obstante, los datos de este estudio recogen la tendencia a nivel global entre 1990 y el 2010. Desde entonces, han sido muchos los acontecimientos que han afectado a la población mundial: la expansión de las redes sociales, la pandemia de la COVID-19, la inflación económica, la reaparición de conflictos bélicos internacionales, o la irrupción de la Inteligencia Artificial; pudiendo generar cierto impacto sobre estos datos epidemiológicos. Como señalan Huggard et al. (2023), las condiciones sociales tienen repercusión sobre el estado psicológico de la población. A su vez, cabe señalar que estos diagnósticos responden a los patrones de las categorías diagnósticas del DSM y de la CIE, los cuales también han sufrido variaciones en las últimas décadas. El número de trastornos mentales descritos desde la publicación del DSM-I ha aumentado en más del 300%. De igual forma, sus criterios se han ido modificando. Con ello, y teniendo en cuenta la alta comorbilidad entre los pacientes de salud mental, el debate sobre la comprensión de las afectaciones psiquiátricas como

categorías que representan entidades clínicas discretas permanece abierto (Dalal y Sivakumar, 2009).

b) La solicitud de asistencia para problemas de salud mental

Este incremento en la prevalencia de los problemas de la salud mental, principalmente de Depresión y Ansiedad, se traduce en un aumento de la demanda asistencial sanitaria para el abordaje de estas afecciones; siendo los profesionales de la salud mental -psicólogos y psiquiatras, fundamentalmente- los responsables de su tratamiento. Aun así, como ya se ha descrito previamente, menos de la mitad de las personas que refieren tener un problema emocional o psicosocial en España declaran recibir ayuda profesional para su manejo. Como señala Thornicroft (2007), la mayoría de las personas con enfermedades mentales no recibe cuidados para la salud mental. Concretamente en Europa, 1 de cada 4 individuos con algún trastorno mental recibe un tratamiento apropiado (Wittchen y Jacobi, 2005). Los riesgos/ consecuencias del no-tratamiento para los denominados trastornos mentales son descritos en van Beljouw et al. (2010) y en Ormel et al. (2008), y entre otros incluyen (a) un curso clínico más prolongado y complejo, (b) un mayor riesgo de suicidio en el caso de la Depresión Mayor, (c) y efectos incapacitantes en el funcionamiento físico, social y personal. Con ello, la conducta de búsqueda de ayuda para tratar los problemas de salud mental, como el tratamiento psicoterapéutico, es de extrema importancia para la prevención de futuras complicaciones.

Este auge del interés por la psicología clínica y la salud mental en la sociedad española puede estar generando por una mayor sensibilidad y alfabetización sobre estas afectaciones (entendiendo la alfabetización como la describe Jorm (2012), el conocimiento y las creencias sobre los trastornos mentales, a cerca de su reconocimiento, manejo, y prevención), lo cual podría promover una mayor utilización de los diferentes recursos asistenciales. A este respecto, Bonabi et al. (2016) estudian los posibles predictores del uso de servicios de salud mental. Se centran en la alfabetización sobre estas afectaciones, la percepción de necesitar atención para la salud mental, y las actitudes hacia los servicios de psicoterapia (por ejemplo, si su utilización es apropiada o potencialmente beneficiosa). Esos factores serían determinantes en las conductas de búsqueda de ayuda. Su importancia se hace patente ante la relación positiva entre las creencias positivas sobre la medicación de antidepresivos y su uso, la relación negativa entre las personas con problemas mentales que piensan no necesitar ayuda y la baja probabilidad de iniciar un tratamiento, y ante la relación entre las actitudes negativas

sobre la salud mental con el reducido uso de los servicios. No obstante, estas relaciones se describen para personas con altas puntuaciones en la Symptom Checklist 27, y en concreto en la sintomatología de paranoia y/ o psicoticismo, por lo tanto puede no ser representativa de toda la población. Aun así, los resultados son consistentes con previos estudios sobre estas variables y su poder predictivo en la conducta de búsqueda de ayuda para problemas mentales.

Otro estudio que se centra en la búsqueda activa de asistencia es el de Schnyder et al. (2017). En esta revisión sistemática y metaanálisis se evalúa en concreto la asociación entre el estigma relacionado con la salud mental y la búsqueda activa de asistencia. Se distinguió entre cuatro tipos de estigma:

- Hacia las actitudes de buscar ayuda: se refiere a las creencias personales negativas sobre el hecho de acudir o solicitar ayuda a un profesional de la salud mental. Por ejemplo, si un psicólogo puede ayudar o si buscar ayuda es muestra de debilidad.
- Estigma personal: se refiere a prejuicios personales hacia las personas con problemas de salud mental. Por ejemplo, “quienes van al psicólogo están locos”.
- Auto-estigma: se refiere a la internalización de los estigmas sociales y su orientación hacia uno mismo. Por ejemplo, “tener ansiedad me hace menos valioso”.
- Estigma público percibido: se refiere a la creencia de que la sociedad o el entorno juzga negativamente y rechaza a quienes tienen problemas mentales o buscan tratamiento. Por ejemplo, “si en el trabajo se enteran de que voy al psicólogo me despedirán” o “si me ven entrar en una consulta pensarán que estoy loco”.

Entre estos, el que tuvo el mayor impacto negativo en la búsqueda de asistencia fue el primero -actitudes hacia la búsqueda de ayuda-, el cual se relacionó directamente con la decisión de buscar o evitar la ayuda. El segundo tipo de estigma descrito también se mostró influyente sobre esta decisión, aunque de manera indirecta por dirigirse hacia los otros. El siguiente tipo de estigma demostró una asociación débil no significativa. Finalmente, el estigma público percibido no influyó significativamente en la conducta real de buscar ayuda, lo que sugiere que las creencias internas o personales son más determinantes que el miedo a lo que otros piensen.

Los hallazgos de este estudio remarcan la importancia que tienen las actitudes y creencias sobre la salud mental y la conducta de buscar asistencia en la predictibilidad de esta búsqueda activa. De ello se concluye que las campañas de promoción de búsqueda de ayuda y lucha contra el estigma de los problemas mentales deben dirigirse hacia estas actitudes individuales en lugar de la opinión pública amplia e inespecífica.

Otro factor, este de carácter psicosocial, relevante en la conducta de búsqueda de ayuda profesional es el apoyo social percibido. Diversos estudios han mostrado que la percepción de contar con redes de apoyo puede influir significativamente en la decisión de acudir o no a servicios de salud mental. En esta línea, Thoits (2011) examina cómo el apoyo social percibido se asocia con distintos patrones en el uso de servicios psicoterapéuticos -búsqueda voluntaria, presionada o mixta-. Se evidencia una relación compleja y no lineal. En personas con alto apoyo social percibido, este puede actuar como amortiguador emocional frente al malestar, reduciendo la necesidad de recurrir al tratamiento formal. Sin embargo, en los casos en los que las condiciones mentales son más serias, estas mismas redes pueden funcionar como facilitadoras del acceso, motivando y apoyando activamente el contacto y la búsqueda de la ayuda profesional. Por otra parte, el estudio también revela que en las personas con bajo apoyo social percibido la probabilidad de recurrir al tratamiento profesional es mayor, accediendo a este como alternativa frente a la falta de contención en el entorno cercano. En estos casos, el servicio psicoterapéutico se convierte en un recurso sustitutivo de soporte emocional.

Estos hallazgos manifiestan la importancia de contemplar no solo la presencia del estigma o las actitudes individuales, sino también el contexto relacional de las personas. En consecuencia, integrar el papel del apoyo social, tanto su función protectora como posible función compensatoria, resulta esencial para el desarrollo de políticas e intervenciones más ajustadas a las distintas realidades psicosociales de quienes podrían beneficiarse de la atención en salud mental.

Todas estas variables ayudan a comprender qué factores intervienen a la hora de explicar por qué algunas personas recurren a la asistencia psicoterapéutica para manejar sus problemas psicológicos o psicoemocionales y otras no. En este trabajo se pone el foco en el malestar psicológico, interesa saber si éste media en la solicitud de tratamiento psicoterapéutico.

c) Definiciones relevantes

En este trabajo se profundiza sobre el malestar psicológico. Así pues, una cuestión que es importante aclarar para el desarrollo del estudio es qué se entiende por *bienestar* y

malestar psicológico. Este asunto carece de consenso en la literatura científica, hasta tal punto que no parece haber una descripción clara en los principales organismos internacionales sobre psicología clínica (APA, NICE, OMS) al respecto. Existen instrumentos de medida que, recogiendo la sintomatología y la fenomenología de la persona, logran cuantificar estos estados volviéndolos tangibles y comparables. Aquello que se entiende por bienestar-malestar psicológico, en cierta medida, está sujeto a la subjetividad de cada individuo (Diener et al. 2003). A su vez, está ligado a otro concepto, el de normalidad, el cual está fuertemente permeado por la influencia de la cultura (Christopher, 1999). Por estos motivos elaborar una definición universal es una tarea compleja.

La OMS ofrece la siguiente conceptualización sobre qué es la salud mental. Se refiere a un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, no corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y recuperación de las personas (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 22). Esta definición, aunque ayuda a tener una mejor comprensión del tema, no termina de matizar sobre la cuestión que se ocupa en este trabajo, el concepto de bienestar-malestar psicológico, entendido como un espectro.

Para concretar la noción *bienestar-malestar psicológico*, se recurrió a un instrumento de medida ampliamente utilizado en psicología clínica, el *Core Outcome Measures 34* (CORE OM-34) (Barkham et al., 2006; Feixas et al., 2012; Trujillo et al., 2016), operativizando esta definición. Se trata de un cuestionario de autoinforme que evalúa el malestar psicológico del paciente o cliente a través de 34 ítems. Estos se refieren a la frecuencia de distintas experiencias durante la última semana, y se distribuyen en cuatro dominios o dimensiones principales:

1. Bienestar subjetivo (W) (4 ítems): Evalúa aspectos positivos del estado emocional general.
2. Problemas o síntomas psicológicos (P) (12 ítems): Incluye síntomas de ansiedad (4 ítems), depresión (4 ítems), trauma (2 ítems) y somatización (2 ítems).

3. Funcionamiento general (F) (12 ítems): Mide dificultades en las relaciones interpersonales íntimas (4 ítems), en las relaciones sociales (4 ítems), y en el nivel de funcionamiento cotidiano (4 ítems).
4. Riesgo (R) (6 ítems): Evalúa pensamientos suicidas y conductas autolesivas (4 ítems), y riesgo de daño a otros (2 ítems).

A través de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión del cuestionario, permite establecer una medida del estado psicológico de la persona en términos de grado de malestar general. La utilización del CORE OM-34 para este trabajo es pertinente por disponer de puntos de corte con los que determinar la importancia clínica de las puntuaciones de los participantes, pudiendo así definir cuantitativamente el nivel o grado de malestar. A continuación, se exponen los diversos niveles de bienestar-malestar psicológico que se obtienen del cuestionario:

- El puntaje con el que se diferencia la población clínica de la no clínica es el 10 (puntuación directa 1.0).
- Dentro del rango de puntuaciones no clínicas se establecen dos categorías: saludable y leve. El límite superior para los puntajes de la primera categoría es 5, asumiendo que una persona en un momento determinado puede aumentar su puntuación total y aún así continuar en el rango de saludable. En el mismo sentido, una persona podría puntuar leve como resultado del aumento del estrés o de situaciones particulares, pero su puntuación se mantendría dentro del rango de puntuaciones de la población general. El límite superior para esta categoría leve es 10.
- Dentro del rango de las puntuaciones clínicas se establecen cuatro categorías: medio, moderado, moderado a severo, y malestar severo. Los límites superiores para cada una son los siguientes son: 15 para el nivel medio, 20 para el nivel moderado, y 25 para un nivel de moderado a severo. Una puntuación por encima de 25 indicaría un nivel de malestar severo.

De este modo, se establece conceptualmente que las personas que obtienen una puntuación igual o inferior a 10 en el CORE OM-34 se ubicarían en el polo del bienestar, dentro del continuo bienestar-malestar psicológico. En cambio, quienes superan ese umbral se situarían en el polo del malestar.

De manera complementaria, se aplicó un segundo instrumento con el propósito de evaluar de forma más específica la psicopatología de los participantes, el Symptoms Assesment-45 (SA 45). Esto permitió una exploración más profunda de la temática

del estudio, particularmente en lo referido al malestar psicológico dentro del espectro conceptual que se propone.

Otro concepto que es interesante aclarar, teniendo en cuenta que en este trabajo se compara un grupo clínico que se inicia en un tratamiento psicoterapéutico con un grupo no clínico que no recurre a servicios asistenciales, es el de la *psicoterapia* (variable independiente). La necesidad de proporcionar una definición proviene de la diversidad de tratamientos para las afecciones de la salud mental -con diferentes niveles de evidencia científica-. En este trabajo se entiende por psicoterapia la caracterización que hacen la APA y la Clínica Mayo al respecto. La psicoterapia es un tratamiento basado en el diálogo entre una persona y un profesional de la salud mental. A través de esta relación terapéutica se busca ayudar a comprender y modificar pensamientos, emociones y conductas que afectan al bienestar. La psicoterapia utiliza métodos científicamente validados y promueve el desarrollo de habilidades para afrontar dificultades presentes y futuras. Existen distintos enfoques terapéuticos, que se adaptan a las necesidades de cada persona (American Psychological Association, 2012.; Mayo Clinic, 2023).

d) Preguntas de investigación

Habiendo aclarado estos conceptos, las preguntas de investigación que suscitan este trabajo y que se pretenden aclarar son:

- ¿Qué perfil sociodemográfico (sexo y edad) presenta mayores niveles de malestar psicológico?
- ¿Hay diferencias significativas en los niveles de bienestar-malestar psicológico entre la población que se inicia en un tratamiento psicológico y la población que no solicita tratamiento?
- ¿Hay algún ítem de los cuestionarios empleados que diferencie/ discrimine la pertenencia a uno de estos dos grupos?

e) Objetivos de investigación

El objetivo general del presente estudio es:

- Estudiar los niveles de malestar psicológico en un grupo de pacientes que solicitan psicoterapia ambulatoria privada y un grupo de personas que no solicitan ningún tipo de atención profesional.

Como objetivos específicos, se pretende:

- Medir los niveles de bienestar-malestar psicológico en la muestra. En concreto, se busca conocer los niveles de malestar psicológico en el grupo clínico -

aquellos que solicitan un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio privado- y un grupo no clínico -que no recibe atención profesional de salud mental-.

- Describir el perfil sociodemográfico que presenta mayores niveles de malestar psicológico en la sociedad española.
- Conocer las diferencias en los niveles de bienestar-malestar psicológico entre el grupo clínico (que se inicia en un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio) y el grupo no clínico; a través de los cuestionarios COREOM-34 y el SA-45.
- Identificar ítems en los cuestionarios empleados que sean discriminativos entre ambos grupos (clínico y no clínico).

f) Hipótesis de investigación

Se presentan las siguientes hipótesis de investigación:

- El nivel de malestar psicológico será mayor en el grupo muestral clínico frente al grupo no clínico del estudio, y esta diferencia será significativa en las medidas de ambos cuestionarios empleados.
- En cuanto al sexo, el nivel de malestar psicológico será mayor entre las mujeres frente a los hombres en todos los grupos etarios.
- Respecto a las diferencias entre grupos de edad, el nivel de malestar psicológico será mayor entre los adultos mayores (>59 años).
- Habrá ítems que discriminen la pertenencia al grupo clínico.

Metodología

i. Participantes

Los participantes del estudio finalmente fueron 526 sujetos, a los que se categorizó en dos subgrupos en base a la condición de estar actualmente en un proceso psicoterapéutico (N1= 271) o no recibir atención para su salud mental (N2= 255). Los sujetos que constituyeron el grupo clínico del estudio habrían comenzado un proceso psicoterapéutico ambulatorio privado en la Unidad Clínica de Psicología de la Universidad Pontificia de Comillas (UNINPSI), en Madrid. En cambio, las personas que no estaban recibiendo atención en un servicio de salud mental (público o privado) en el momento de participar en la investigación conformaron el grupo no clínico.

Los criterios de inclusión para poder participar fueron:

- Haber cumplido la mayoría de edad en el momento en el que se respondió al formulario que se empleó para recoger los datos.
- Para del grupo clínico, al ser datos de pacientes de la UNINPSI, hubieron de conceder el tratamiento de estos para las investigaciones desarrollados en la unidad clínica, entre las que se encuentra esta.
- Para el grupo no clínico, el criterio fue aceptar de manera informada colaborar con el trabajo que se elabora.

Los criterios de exclusión fueron, por tanto, ser menor de edad y no conceder el uso de los datos personales con fines investigadores.

En el grupo clínico, el rango de edades abarcó de los 18 hasta 86 años. La media de edad fue de 39, la desviación típica 17,4, y la moda 23 años. Para facilitar el análisis estadístico se distribuyó a los sujetos en tres grupos de edad: adulto joven (18-25), adulto (26-59), adulto mayor (60- valor máximo para cada subgrupo en función a la variable clínico/ no-clínico). En el grupo clínico, los porcentajes para esta disgregación fueron 37,6% para adultos jóvenes, 32,1% para adultos, y 20,3% para adultos mayores. El porcentaje de mujeres fue 71,6%% y el de hombre un 28,4%. En cuanto al grupo no clínico, las edades comprendieron desde los 18 hasta los 78 años. La edad media fue de 41 años, y la desviación típica 18. La moda en este conjunto fue de 25 años. Respecto a la segregación en grupos de edad: el 39,2% fueron adultos jóvenes, el 38,8% adultos, y el 22% restante adultos mayores. Quedó constituido por un 69,8% de mujeres y un 30,2% de hombres. Se procuró, en la medida de lo posible, y para una mayor consistencia interna, que las proporciones de estas variables se asemejaran.

ii. Diseño del estudio

El trabajo desarrollado es un estudio experimental Es observacional, puesto que se describe la situación observada sin modificarla dado que no se manipulan activamente las variables independientes (ir a psicoterapia o no recibir ningún tratamiento, ser hombre o mujer, pertenecer a un grupo de edad determinado). Se considera transversal, ya que los datos se recogen en un único momento en el tiempo sin que haya un seguimiento longitudinal. Igualmente, es comparativo entre dos grupos, puesto que se comparan dos grupos naturales (uno clínico, compuesto por personas que inician un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio privado, y otro no clínico, formado por personas que no reciben atención para problemas de salud mental), y porque el objetivo principal estudiar los niveles de malestar psicológico en estos dos grupos.

La validez de constructo debería ser elevada, ya que los instrumentos utilizados reflejan de manera adecuada los constructos que se buscaba evaluar.

Dado que la muestra recogida es amplia, la validez externa no se debería ver comprometida, lo que permitiría considerar que los resultados obtenidos podrían generalizarse a otros contextos similares.

iii. Instrumentos

Para la recogida de datos se utilizó el formulario que constituye el protocolo de atención de la UNINPSI. En la clínica psicoterapéutica, este formulario es cumplimentado por los pacientes previamente al inicio del tratamiento. En él se recoge información sobre datos sociodemográficos, el nivel de malestar psicológico a través del CORE OM-34, y la sintomatología psicopatológica mediante el Symptom Assessment-45 (SA-45).

Como ya se adelantaba en el epígrafe de la Introducción, el CORE OM-34 es un cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar el malestar psicológico global en contextos clínicos y no clínicos. Su desarrollo original, de acuerdo con Evans et al. (2002), tenía el objetivo de ofrecer una herramienta breve, fiable, válida, y sensible al cambio. Así pues, no es un instrumento diagnóstico de un trastorno específico, sino un recurso para la evaluación pre-tratamiento (establecer la línea base) con el que evaluar el cambio terapéutico resultante de la intervención psicoterapéutica, a lo largo del proceso y al finalizar la terapia psicológica. Las propiedades psicométricas del CORE OM-34, en su versión original en inglés, han demostrado una alta consistencia interna en sus cuatro dimensiones -Bienestar Subjetivo (W), Problemas/ Síntomas (P), Funcionamiento General (F), Riesgo (R)- (alfa de Cronbach entre 0.75 y 0.90) así como en el cómputo

total de ítems (alfa de Cronbach=0.94), tanto en la muestra clínica como no clínica (Evans et al., 2002). Igualmente, se probó una buena validez convergente con otros instrumentos clínicos estandarizados. Trujillo et al. (2016) adaptaron y validaron el instrumento en población española. Como se describe en su publicación en cuanto al análisis de la estructura factorial, los dominios se denominaron para designar el contenido de sus ítems pero nunca se previó que fueran factores psicométricos. Esta versión mantiene la buena fiabilidad y presenta buenas propiedades psicométricas en población española: obtiene un alfa de Cronbach que oscila entre 0.71 y 0.90 en los cuatro dominios del cuestionario tanto para la población clínica como no clínica, y conserva el mismo valor que la versión original de Reino Unido al agruparse todos los ítems. En el trabajo que se presenta, se estudiaron los índices de fiabilidad los cual demostraron ser adecuados, como se refleja en la tabla 1.

Tabla 1. Estudio de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach para el CORE OM-34.

CORE OM-34	Grupo clínico (n=271)	Grupo no clínico (n=255)
Total sin R	0.824	0.819
Total con R	0.930	0.847

La aplicación del CORE OM-34 está recomendada tanto en el seguimiento de tratamientos psicológicos como en estudios poblacionales para evaluar niveles de malestar o bienestar psicológico, lo que refuerza su utilidad en investigaciones como esta. Los 34 ítems son evaluados mediante una escala Likert de 5 puntos (0 = "nunca", 4 = "casi siempre"). Permite obtener una puntuación total de malestar psicológico, además de las puntuaciones específicas por dominio. Para la interpretación de los resultados, el Core System Group (Sistema CORE) establece que a mayor puntuación mayor nivel de problemas o síntomas -también en la dimensión Bienestar subjetivo, pese a la aparente contradicción-. Se utilizó la versión más larga, que consta de 34 ítems, puesto que es la que recomienda emplear el Sistema CORE en una valoración inicial. Entre las ventajas que este instrumento presenta para la investigación que se desarrolla están su brevedad, la facilidad de lectura y comprensión, así como de corrección e interpretación de los resultados, su validez y fiabilidad, la gratuidad de su uso, y la referencia de datos normativos para muestras clínicas y de población general. Es por tanto una herramienta de cribado, no diagnóstica, que puede ser empleada en psicoterapia con independencia de la orientación o escuela psicoterapéutica desde la que intervenga el profesional

El otro instrumento empleado en el estudio es el Symptom Assessment- 45 (SA-45). Se trata igualmente de una escala autoinformada, ésta diseñada para la evaluación de síntomas psicológicos. Fue desarrollada como una versión abreviada del Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) por Davison et al. (1997). Su construcción responde a la necesidad de contar con un instrumento que fuese más breve que su original, pero psicométricamente sólido para la medición multidimensional del malestar psicológico. Las propiedades psicométricas del cuestionario original de Davidson et al. (1997) reportan una fiabilidad con un alfa de Cronbach situada entre 0,70 y 0,80 en las distintas muestras de edad y condición de los sujetos (paciente o no). La versión española fue adaptada y validada por Sandín et al. (2008), quienes evaluaron sus propiedades psicométricas en población española. Se encontró una estructura factorial coherente con el modelo teórico, así como la validez convergente y discriminante frente a otras medidas clínicas. El SA-45 conserva la estructura factorial original del SCL-90-R, compuesta por nueve dimensiones que reflejan distintas áreas de psicopatología:

1. Ansiedad (ANX)
2. Depresión (DEP)
3. Hostilidad (HOS)
4. Sensibilidad interpersonal (IS)
5. Somatización (SOM)
6. Ideación paranoide (PAR)
7. Ansiedad fóbica (PHOB)
8. Psicoticismo (PSY)
9. Obsesión-compulsión (O-C)

Además, demostraron que el SA-45 presenta una buena consistencia interna (coeficientes alfa de Cronbach entre 0.71 y 0.85, con la excepción de la escala de Psicoticismo que comportó un alfa de Cronbach 0.63) en las distintas subescalas. Al igual que en los autores anglosajones, el coeficiente más alto corresponde a la escala de Depresión y el más bajo a la de Psicoticismo. El coeficiente alfa para el SA-45 total fue de 0,95. A continuación, se reporta el estudio de la fiabilidad (tabla 2) empleando este mismo índice con la muestra de este trabajo. Se observa que la fiabilidad es adecuada.

Tabla 2. Estudio de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach para el SA-45.

Dominios SA-45	Grupo Clínico (n=271)	Grupo No Clínico (n=255)
Total SA-45	0.952	0.945

Cada una de las dimensiones está medida a través de 5 ítems, sumando un total de 45 ítems. Se responden en una escala Likert de 5 puntos (de 0 = “nada” a 4 = “mucho”), en base a la frecuencia con la que el participante ha experimentado en la última semana los síntomas que se exponen. Las puntuaciones en cada escala se obtienen sumando las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems que componen la misma (rango entre 0-20). Para la corrección global del cuestionario se sumó la puntuación obtenida en cada escala (rango entre 0-180). Estas puntuaciones pueden interpretarse mediante puntos de corte derivados del estudio normativo realizado por Sandín et al. (2008) en una muestra no clínica de estudiantes universitarios, los cuales se presentan a continuación:

- Para los varones, una puntuación total igual o superior a 31,1 indicaría valores clínicos.
- Para las mujeres, el límite se establece en la puntuación total 36,9.

Por todo lo anterior, se respalda la utilidad del SA-45 como una herramienta breve pero precisa para la evaluación multidimensional de síntomas psicológicos. Su uso resulta apropiado tanto en investigaciones como en contextos clínicos. En el presente estudio, su aplicación contribuye a complementar el análisis del malestar psicológico, permitiendo una discriminación más específica en la sintomatología, entre los grupos clínico y no clínico del estudio.

Para evaluar el estado actual de la temática que se presenta se emplearon las bases de datos de Scopus y Google Scholar, así como la información disponible en las páginas web del Ministerio de Sanidad de España y del Instituto Nacional de Estadística (INE), en la OMS, la APA, y la Clínica Mayo.

Para organizar los datos se utilizó Excel, y para el análisis estadístico, el paquete estadístico JAPS en su versión 0.019.03.

iv. Procedimiento

Para recoger datos del grupo no clínico, se procedió a distribuir el formulario en versión digital en una muestra de conveniencia del entorno del investigador (familiares, amigos y allegados). Así también, se reclutaron participantes en la estación de autobús del Intercambiador de Moncloa (Madrid), entre las personas que esperaban la llegada de su transporte. Igualmente, entre los pasajeros de un viaje en autobús entre Madrid-Asturias.

Respecto al grupo clínico, los datos proceden de una batería donde se almacenan las respuestas de pacientes de la UNINPSI. Estos son personas que solicitan la asistencia

sanitaria psicológica por diversos motivos de consulta. Desde este centro de psicoterapia se atienden todo tipo de afectaciones en diferentes formatos (terapia individual, terapia de pareja, terapia familiar, y terapia de grupo). Cabe mencionar que, al tratarse de una consulta privada, la mayoría de los usuarios son personas que pueden costearse el tratamiento. En casos particulares, se hacen reducciones de tarifas. Igualmente, se atiende a colectivos con escasos recursos económicos de manera gratuita, estas personas son derivadas por asociaciones colaboradoras pero estos no constituyen el grueso del volumen de pacientes. Por tanto, esto filtra ligeramente el tipo de población que recibe tratamiento en la clínica y, por ende, que participa en el estudio. Los datos de este grupo clínico fueron recogidos durante el primer contacto con cada individuo (fase de pre-tratamiento).

Se procuró un emparejamiento de ambos grupos (clínico y no clínico). Para ello, se analizó la proporción por sexo y grupo de edad entre la submuestra no clínica, al ser esta la de menor tamaño. Habiendo conocido esta proporción, se extrajo la submuestra clínica de la batería total de pacientes, haciendo coincidir en la medida de lo posible la ratio. Con ello, se buscó garantizar una mayor consistencia interna entre estas variables de la muestra.

Una vez se dispuso de todos los datos, se procedió a la corrección de los cuestionarios, la selección de aquellas variables que se consideraron más relevantes para el estudio (tipo de muestra-grupo clínico y grupo no clínico-, sexo, edad), y por último el análisis de los mismos.

Con el fin de asegurar la confidencialidad y la participación voluntaria de todos los sujetos, se les informó previamente de que los datos serían tratados de forma anónima y que podían abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, si así lo deseaban. De este modo, quienes accedieron a ceder sus datos lo hicieron con pleno conocimiento del propósito investigador de su uso.

v. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se emplearon procedimientos estadísticos tanto descriptivos como inferenciales, utilizando el software estadístico JASP.

Se establecieron como variables independientes el tipo de muestra (grupo clínico, que solicita la psicoterapia, y grupo no clínico, que no busca tratamiento), el sexo (hombre y mujer), y el grupo de edad (adulto joven, adulto, adulto mayor). Así, las variables dependientes fueron las puntuaciones obtenidas en los ítems de los cuestionarios CORE OM-34 y SA-45.

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas). Posteriormente, se aplicaron análisis de varianza (ANOVA) para estudiar la significatividad de las diferencias entre las medias de las puntuaciones en los instrumentos CORE OM-34 y SA-45 (variables dependientes) entre los subgrupos de la muestra, y en función del sexo y del grupo de edad (variables independientes).

Finalmente, con el objetivo de identificar ítems con capacidad discriminativa entre los grupos clínico y no clínico, se realizó un análisis de regresión logística, usando el método forward, complementándolo con curvas ROC para analizar la sensibilidad y especificidad de los ítems más relevantes.

En todos los análisis se estableció un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Resultados

Con el objetivo de estudiar los niveles de malestar en los distintos grupos y perfiles sociodemográficos de la muestra se realizó un análisis descriptivo.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el total del CORE OM-34.

Muestra	Sexo	Grupo de edad	Total con R
Clínico	Hombre	Adulto Joven	16.864 (5.092)
		Adulto	15.159 (5.570)
		Adulto Mayor	14.091 (4.549)
	Mujer	Adulto Joven	17.212 (5.880)
		Adulto	15.685 (5.189)
		Adulto Mayor	14.920 (4.983)
No clínico	Hombre	Adulto Joven	14.480 (2.551)
		Adulto	15.519 (2.887)
		Adulto Mayor	16.360 (3.252)
	Mujer	Adulto Joven	15.253 (3.259)
		Adulto	14.611 (2.683)
		Adulto Mayor	14.742 (3.464)

Nota: Medias y entre paréntesis la Desviación Típica.

Se observa que, en la prueba del CORE OM-34, las puntuaciones no presentan grandes variaciones en las medias entre el grupo clínico, que solicita la asistencia psicoterapéutica, y el no clínico, aquellos que no demandan ningún tipo de asistencia para su salud mental. Aun así, los mayores niveles de malestar psicológico se observaron en las mujeres jóvenes del grupo clínico, seguidas muy de cerca por los hombres jóvenes también del grupo muestral clínico. Estas puntuaciones indican un nivel considerable de malestar psicológico en este subgrupo etario, en comparación con los demás sujetos que solicitan la psicoterapia. En cuanto a las personas que no solicitan asistencia para su salud mental, los que obtuvieron mayores puntuaciones en el CORE OM-34 no fueron los jóvenes sino los varones de 60 o más años, seguidos de aquellos cuyas edades comprendían entre los 26 y 59 años, estando las mujeres mayores de 59 ligeramente por debajo de estos últimos. Sorpresivamente, todos los grupos etarios, con independencia del sexo y del tipo de grupo muestral -clínico y no clínico-, superaron el umbral de la puntuación de corte que normalmente separa a la población general de la puntuación clínica. Esto sugiere unos elevados niveles de malestar general en la muestra, alcanzando incluso un malestar clínico medianamente elevado en subgrupos tanto clínicos como no clínicos, según los baremos establecidos para este instrumento.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en el total del SA-45.

Muestra	Sexo	Grupo de edad	Total
Clínico	Hombre	Adulto Joven	54.273 (27.005)
		Adulto	42.659 (22.764)
		Adulto Mayor	41.818 (21.198)
	Mujer	Adulto Joven	60.850 (29.510)
		Adulto	47.719 (25.545)
		Adulto Mayor	43.000 (25.541)
No clínico	Hombre	Adulto Joven	22.040 (19.471)
		Adulto	22.889 (17.924)
		Adulto Mayor	34.640 (20.828)
	Mujer	Adulto Joven	22.587 (16.936)
		Adulto	20.889 (15.749)
		Adulto Mayor	28.806 (19.008)

Nota: Medias y entre paréntesis la Desviación Típica.

Los resultados obtenidos a partir de las puntuaciones totales del SA-45 corroboran los resultados anteriores del CORE OM-34. En particular, el perfil de mujeres adultas jóvenes pertenecientes al grupo clínico presenta las puntuaciones más elevadas, seguido por los hombres adultos jóvenes. Esto confirma una mayor sintomatología psicopatológica en este segmento de edad entre quienes solicitan psicoterapia. En contraste, los participantes del grupo no clínico presentaron puntuaciones notablemente menores. Dentro de este grupo muestral, los adultos mayores (hombres y mujeres) obtienen valores algo más elevados en comparación con otros subgrupos no clínicos, siendo una vez más los varones mayores de 59 años los que obtienen la media más elevada. Aun así, los valores siguen siendo inferiores a los observados en quienes sí buscan tratamiento. En este instrumento, son los participantes del grupo clínico quienes superan los puntos de corte establecidos alcanzando niveles clínicamente relevantes de sintomatología, con la excepción de los adultos mayores varones que también superan el umbral. Esto refuerza una diferenciación entre quienes demandan atención psicoterapéutica y quienes no lo hacen.

La convergencia de resultados en ambos instrumentos, CORE OM-34 y SA-45, sugiere que el malestar psicológico es particularmente elevado en los adultos jóvenes del grupo clínico, y dentro de este, especialmente en las mujeres.

Con el objetivo de analizar si las diferencias en las puntuaciones totales obtenidas en el CORE OM-34 y el SA-45 por los distintos subgrupos eran estadísticamente significativas, se realizó un ANOVA de tres factores. Este se llevó a cabo de manera independiente para cada cuestionario, en función de las tres variables independientes del

estudio: el tipo de muestra (Clínico, No clínico), el sexo (Hombre, Mujer) y el grupo de edad (Adulto joven, Adulto, Adulto mayor).

En el ANOVA del CORE OM-34 no se encontraron efectos significativos ni del tipo de muestra ($F = 1.125$, $p = .289$, $\omega^2 = .0002$), ni del sexo ($F = 0.0003$, $p = .986$, $\omega^2 = .000$), ni del grupo de edad ($F = 1.489$, $p = .227$, $\omega^2 = .002$). Tampoco se hallaron efectos significativos en las interacciones dobles entre muestra y sexo ($F=1.528$, $p=.217$, $\omega^2 = .001$), ni sexo y grupo de edad ($F = 0.408$, $p = .665$, $\omega^2 = .000$), ni en la triple interacción ($F = 0.785$, $p = .457$, $\omega^2 = .000$). No obstante, se observó un efecto significativo de la interacción entre el tipo de muestra y el grupo de edad ($F= 3.658$, $p = .026$, $\omega^2 = .010$), lo que sugiere que la relación entre la pertenencia al grupo clínico/no clínico y el nivel de malestar psicológico varía en función de la edad. Al explorar esto más detalladamente mediante comparaciones post-hoc, con corrección de Tukey, se encontró que los adultos jóvenes del grupo clínico presentaron puntuaciones significativamente más altas en el CORE OM-34 que sus pares del grupo no clínico (Diferencia de medias = 2.171, $p = .040$). No se observaron diferencias significativas entre las demás combinaciones de subgrupos.

En el ANOVA de tres vías del SA-45, los resultados en esta ocasión mostraron un efecto altamente significativo del tipo de muestra ($F = 94.372$, $p < .001$, $\omega^2 = .147$), indicando que los participantes del grupo clínico presentaron niveles significativamente más altos de sintomatología psicológica general en comparación con los del grupo no clínico. Las comparaciones post-hoc mediante el test de Tukey confirmaron esta diferencia, pudiendo constatarse que los participantes del grupo clínico obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en el SA-45 que los del grupo no clínico (diferencia de medias = 23.078, $p < .001$; IC 95 %: [18.411, 27.745]). Al observar el tamaño del efecto se vio que este fue grande ($d = 1.023$, IC 95 %: [0.807, 1.239]), lo que indica una diferencia sustancial entre ambos grupos. El sexo no mostró un efecto significativo sobre la puntuación total del SA-45 ($F = 0.151$, $p = .698$, $\omega^2 = .000$). Sí se encontró una diferencia significativa en base al grupo de edad ($F = 3.317$, $p = .037$, $\omega^2 = .007$), lo que sugiere diferencias entre los distintos rangos etarios. Las comparaciones post-hoc aplicando Tukey revelaron que los adultos jóvenes presentaron niveles significativamente más altos de sintomatología psicopatológica que los adultos (diferencia de medias = -6.398, $p = .029$; IC 95 %: [-12.269, -0.528]). En este análisis, el tamaño del efecto fue pequeño ($d = -0.284$, IC 95 %: [-0.550, -0.017]). Entre los adultos y los adultos mayores ($p = .474$), y entre los adultos jóvenes y los adultos mayores ($p =$

.635) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, lo que demuestra que la diferencia en base al grupo de edad se concentra principalmente entre adultos jóvenes y adultos de mediana edad. Por su parte, las interacciones entre muestra y sexo ($F=1.990$, $p=.159$, $\omega^2=0.002$), entre sexo y grupo de edad ($F = 0.433$, $p = .649$, $\omega^2 = .000$), o la interacción triple ($F = 0.006$, $p = .994$, $\omega^2 = .000$) no revelaron diferencias estadísticamente significativas. Como ya sucedía en el CORE OM-34, se observó una interacción significativa entre el tipo de muestra y el grupo de edad ($F = 7.808$, $p < .001$, $\omega^2 = .021$), lo que indica que el efecto del grupo clínico/no clínico sobre el nivel de sintomatología psicopatológica varía según la edad de los participantes. Las comparaciones post-hoc mediante Tukey demostraron que los participantes de la muestra clínica, esta vez en todos los grupos de edad, presentaron significativamente más síntomas que quienes integraron el grupo no clínico:

- Adultos jóvenes: diferencia de medias = 35.248, $p < .001$, $d = 1.563$
- Adultos: diferencia de medias = 23.300, $p < .001$, $d = 1.033$
- Adultos mayores: diferencia de medias = 10.686, $p = .288$, $d = 0.474$ (no significativa)

Además, las diferencias entre edades dentro de la muestra clínica también fueron significativas. De esta comparación post-hoc se reporta que

- los adultos jóvenes clínicos presentaron mayores niveles de sintomatología que los adultos clínicos (diferencia = -12.372, $p = .004$, $d = -0.549$)
- y que los adultos mayores clínicos (diferencia = 15.152, $p = .025$, $d = 0.672$).

Sin embargo, dentro de la muestra no clínica no se observaron diferencias significativas entre los distintos grupos etarios (todos los $p > .05$), lo que sugiere que el efecto de la edad sobre el malestar psicológico se concentra principalmente en la submuestra que solicita la psicoterapia.

Para identificar posibles ítems que discriminaran la pertenencia al grupo clínico se realizó la prueba de regresión logística, tanto para el CORE OM-34 como para el SA-45. Con el objetivo de identificar los ítems del CORE OM-34 que discriminan significativamente entre participantes del grupo clínico -que se inician en un tratamiento psicoterapéutico-, y no clínico -que no solicitan asistencia-, se llevó a cabo esta prueba empleando el método de selección forward. La variable dependiente fue por lo tanto el tipo de muestra (grupo clínico y grupo no clínico), y se introdujeron como covariables

todos los ítems del CORE OM-34. El análisis fue incorporando sucesivamente los ítems más relevantes, y al acabar el procedimiento seleccionó diez modelos.

El modelo óptimo seleccionado fue el modelo M₅, ya en aportó una mejora significativa ($\Delta\chi^2(1) = 9.078$, $p = .003$), y mostró un equilibrio adecuado entre el poder explicativo de la varianza -predecir quién pertenece al grupo clínico o no-y la parsimonia-usar el menor número de ítems necesario para explicar los resultados sin sobre ajustar-. El modelo M₅ mostró un ajuste muy satisfactorio con una elevada capacidad predictiva, explicando más del 95 % de la varianza según Nagelkerke, y discriminando eficazmente entre el estado clínico/no clínico de los participantes en función de los ítems seleccionados.

Tabla 5. Coeficientes del Modelo 5 de la regresión logística en el CORE OM-34.

Parámetro	Estimación	Error estándar	OR	z	df	p
(Intercepto)	-5.508	1.538	0.004	-3.580	1	< .001
Ítem-19	4.317	0.631	74.944	6.839	1	< .001
Ítem -11	-1.488	0.378	0.226	-3.939	1	< .001
Ítem -7	1.856	0.470	6.396	3.946	1	< .001
Ítem -31	-1.192	0.423	0.304	-2.821	1	.005
Ítem -2	-1.216	0.461	0.296	-2.641	1	.008

Nota. El nivel *no clínico* de la variable Muestra está codificado como 1.

Como se observa en la Tabla 8, el ítem 19 fue el predictor más potente, con una odds ratio (OR) de 74.94. Esto indica que el incremento en su puntuación multiplica por más de 70 la probabilidad de pertenecer al grupo que no recibe ningún tratamiento para su salud mental. El ítem 7 también resulto predictor de pertenencia a este grupo, pero con menor potencia. Por el contrario, los ítems 11, 31 y 2 mostraron coeficientes negativos, lo que indica que una mayor puntuación se traduce en una mayor probabilidad de estar entre los sujetos que sí buscan asistencia psicoterapéutica. Su capacidad predictora resultó menor a la de los ítems que discriminaron positivamente la pertenencia al grupo no clínico (ORs < 0.31).

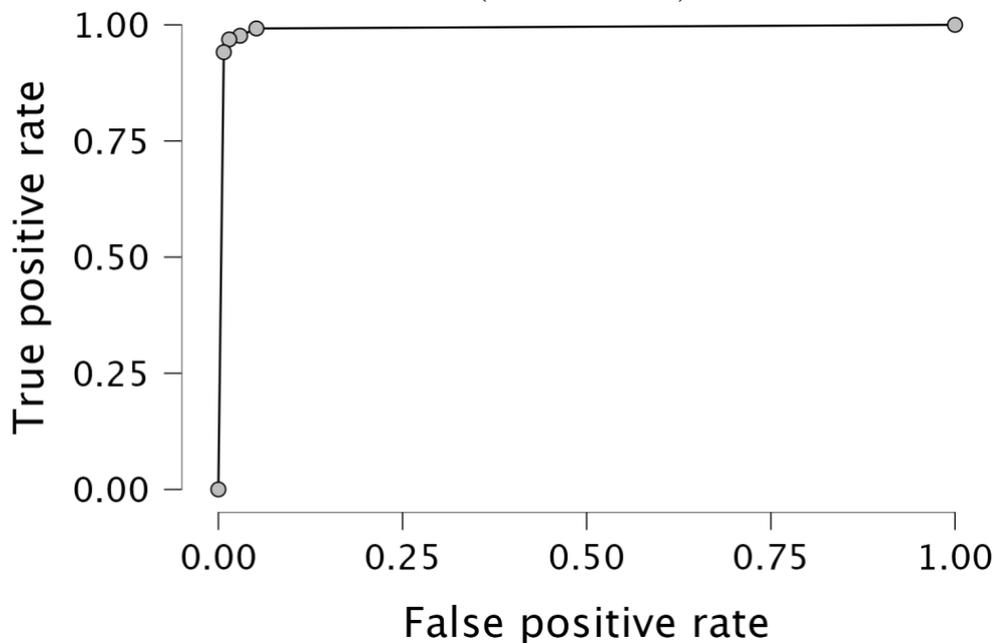
Tabla 6. Matriz de confusión del modelo M₅ (CORE OM-34).

Observado \ Predicho	Grupo clínico	Grupo no clínico	% Clasificación correcta
Clínico	264	7	97.42 %
No clínico	6	249	97.65 %
Total			97.53 %

Nota. El punto de corte (cut-off) se fijó en $p = 0.5$ para la probabilidad estimada de pertenencia al grupo no clínico.

La matriz de confusión permitió evaluar el rendimiento predictivo del modelo M₅ del CORE OM-34. Se demostró un desempeño excelente de este modelo en términos de sensibilidad (capacidad para identificar correctamente a los casos clínicos) y especificidad (identificación correcta de casos no clínicos) de clasificación, con una precisión general del 97.53 %. Concretamente, el modelo clasificó correctamente al 97.42 % de los participantes como clínicos y al 97.65 % de los no clínicos, lo que confirma su alta capacidad discriminativa. Este nivel de acierto respalda el uso estos ítems del modelo M₅ como una herramienta robusta para diferenciar entre individuos que acuden a psicoterapia y los que no, en función de sus respuestas. El valor del Área Bajo la Curva fue 0.997, reflejando el siguiente gráfico de la curva ROC.

Gráfico 1. Curva ROC – modelo M₅ (CORE OM-34).



El mismo análisis regresivo se llevó a cabo para identificar los ítems del SA-45 con poder discriminativo estadísticamente significativo entre participantes que solicitan el tratamiento psicoterapéutico respecto de los que no. Nuevamente, se estableció como variable dependiente el tipo de muestra, y como covariables todos los ítems del SA-45. En esta ocasión, el procedimiento resultante seleccionó diez y seis modelos. De los cuales, el modelo M₃ resultó ser el más adecuado con una significatividad $p=.005$ y $\Delta\chi^2(507) = 7,824$, además de un 48,3% de la varianza explicada según Nagelker.

Tabla 7. Coeficientes del Modelo 3 de la regresión logística en el SA-45.

Parámetro	Estimación	Error estándar	OR	z	df	p
Intercepto	2.209	0.226	9.110	9.755	1	< .001
SA-10	-1.136	0.143	0.321	-7.928	1	< .001
SA-41	-0.533	0.127	0.587	-4.198	1	< .001
SA-5	0.344	0.126	1.411	2.734	1	.006

Nota. El nivel *no clínico* de la variable Muestra está codificado como 1.

Según se indica en la Tabla 7, los ítems 10 y 41 presentan una odds ratio inferior a 1 (OR = 0.321 y OR = 0.587, respectivamente), con lo cual una mayor puntuación en estos ítems se traduce en una probabilidad significativamente mayor de pertenecer al grupo que solicita tratamiento psicoterapéutico. Por otro lado, el ítem 5 es el único con OR > 1 (OR = 1.411), indicando que a mayor puntuación en este ítem, mayor es la probabilidad de ser clasificado como no clínico. Estos resultados sugieren que no todos los ítems evaluados por el SA-45 predicen en la misma dirección la solicitud de asistencia para afectaciones de salud mental, como también sucedía en el CORE OM-34. Se confirma así la capacidad de este instrumento de delimitar perfiles sintomatológicos diferenciales entre quienes demandan psicoterapia y quienes no demandan tratamientos.

En cuanto a la capacidad clasificatoria de este modelo (M₃), se examinó la matriz de confusión.

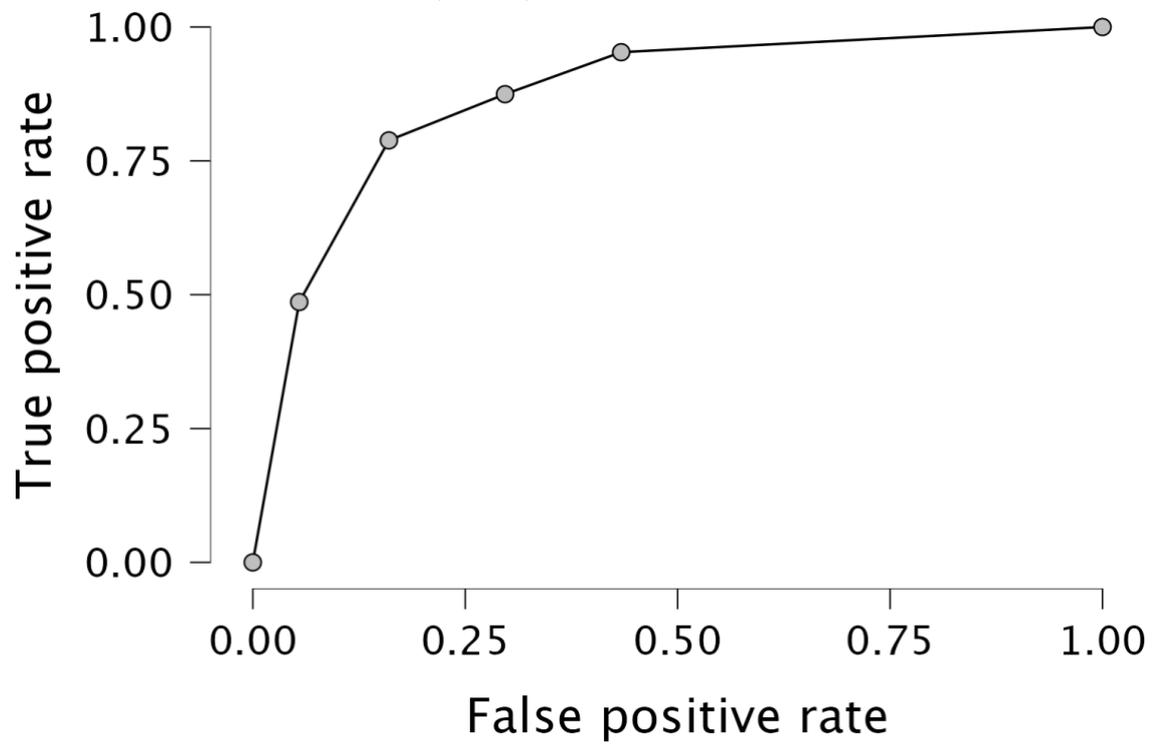
Tabla 8. Matriz de confusión del modelo M₃ (SA-45).

Observado \ Predicho	Grupo clínico	Grupo no clínico	% Clasificación correcta
Clínico	201	55	78.52 %
No clínico	40	215	84.31 %
Total			81.41 %

Nota. El punto de corte (cut-off) se fijó en **p = 0.5** para la probabilidad estimada de pertenencia al grupo no clínico.

El modelo logra una tasa de acierto global del 81.41 %, lo cual indica un buen rendimiento de este modelo, compuesto por solo tres predictores. La sensibilidad es del 78.52 %, mientras que la especificidad llega al 84.31 %. Este equilibrio entre sensibilidad y especificidad refuerza la utilidad potencial de los ítems seleccionados en el SA-45 para discriminar entre personas que manifiestan sintomatología suficiente como para demandar activamente atención psicoterapéutica y aquellas que no están bajo ningún tipo de tratamiento de salud mental. En este caso, el Área Bajo la Curva fue de 0.883, dibujando el siguiente gráfico de la curva ROC en el modelo M₃.

Gráfico 2. Curva ROC – modelo M₃ (SA-45).



Discusión

A través del estudio desarrollado se alcanzan los objetivos definidos inicialmente y que motivaron la investigación. Así mismo, se desmienten algunas de las hipótesis planteadas.

Los datos del presente estudio muestran una clara tendencia en los niveles de malestar psicológico según el perfil sociodemográfico de los participantes. La posible explicación de estos resultados radica en las características sociodemográficas y psicológicas asociadas a cada subgrupo. Estos se discuten a continuación.

- *Adultos jóvenes que se inician en tratamiento psicoterapéutico.*

El perfil que obtiene puntuaciones más elevadas es el de los jóvenes que solicitan la psicoterapia. Esto surge que este tramo de edad podría estar particularmente expuesto a fuentes de vulnerabilidad. La exploración y consolidación de la identidad (Palmeroni et al., 2020), las presiones académicas (Kumaraswamy, 2013), la incertidumbre laboral (Godinić y Obrenovic, 2020), o las dificultades relacionales (Shahi, 2024) podrían justificar este estado de malestar y sintomatología en los adultos jóvenes cuando acceden al tratamiento. A su vez, sugiere que los jóvenes presentan menos barreras para acceder a este tipo de tratamiento para problemas de salud mental aun cuando el grado de malestar es elevado.

Dentro de este grupo etario clínico, las mujeres obtienen puntuaciones más altas que los hombres. Se consolidan así como el perfil que presenta los mayores niveles de malestar y sintomatología psicopatológica del estudio. Esto podría estar relacionado con diversos factores (Rickwood, 2005); como una mayor alfabetización emocional, que favorece la identificación y expresión del malestar; así como con una posible sobrecarga emocional, derivada de las exigencias sociales y personales propias de esta etapa vital.

Estas cifras de malestar y sintomatología psicológica van en línea con los datos de la Encuesta de Salud de España 2025 (ESdE 2025) comentados al inicio del trabajo. En consonancia con los niveles reportados en las mujeres jóvenes en este estudio, desde la ESdE 2025 se señala que precisamente son las mujeres menores de 35 años las que con mayor frecuencia busca asistencia entre los profesionales especialistas en salud mental. Esto constata una mayor predisposición a buscar ayuda psicológica frente a los hombres, como señalan diversos estudios de género (Rickwood, 2005)

Así, el nivel de malestar psicológico parece relacionarse con la conducta de búsqueda de ayuda en este subgrupo, no obstante afirmar esto requeriría de un análisis más profundo.

- *Adultos mayores que no solicitan tratamiento psicoterapéutico.*

Al subgrupo de los jóvenes clínicos le sigue en puntuaciones el de los adultos de 60 o más años no clínicos.

Los niveles relativamente elevados de sintomatología psicopatológica en los adultos mayores posiblemente pueda atribuirse a factores propios del proceso de envejecimiento, como la soledad, el aislamiento social, la jubilación, la pérdida de roles activos o la presencia de enfermedades físicas crónicas que podrían incrementar el malestar emocional en esta etapa, sin necesariamente traducirse en demanda de tratamiento (Corral y Sánchez-Suricalday, 2024; Jolles et al., 2023; Park y Kim, 2024).

Sorprende que en el grupo no clínico -sin tratamiento- sean los hombres quienes puntúan más alto. Esto puede explicarse porque los hombres mayores tienden a externalizar menos su sufrimiento emocional y a recurrir en menor medida a la ayuda profesional (Apeso-Varano et al., 2015; Rice et al., 2020), lo que puede contribuir a la invisibilización del sufrimiento psicológico en este colectivo, desvelado en las puntuaciones obtenidas.

Como señalan Rice et al. (2020), Bretherton SJ. (2021, y Wuthrich y Frei (2015), los adultos mayores que carecen de recursos protectores, como una mayor capacidad económica -al tratarse de una psicoterapia privada- o un alto apoyo social percibido (que proporcione sostén emocional reduciendo el malestar y promueva el contacto con profesionales), no buscan ayuda en la psicoterapia pese a poder beneficiarse de esta. En cambio, para quienes sí cuentan con estos recursos personales, podrían estar favoreciendo la conducta de búsqueda de ayuda en la psicoterapia de manera preventiva. De esta manera, lograrían evitar que su malestar alcance niveles más severos. Esto podría fundamentar las diferencias en el uso de los servicios considerando las puntuaciones obtenidas por este grupo etario.

En línea con esto, la encuesta ESdE 2025 también señalaba una clara tendencia descendente en las visitas a los especialistas de salud mental según aumenta la edad. Vinculando esta información con los resultados de este estudio, surge un patrón llamativo en el grupo de adultos mayores no clínico, especialmente en los hombres. Pese a que reportan las puntuaciones más altas dentro del grupo sin tratamiento, tanto en el CORE

OM-34 como en el SA-45, la existencia de esta sintomatología no se traduce en una demanda de asistencia. Este hallazgo se alinea con el que señala la EdSE 2025, los hombres de mayor edad son quienes menos frecuentan los servicios de salud mental. Es así, a pesar de presenten un malestar relevante.

En este subgrupo el nivel de malestar psicológico parece no relacionarse positivamente con la conducta de búsqueda de ayuda mediante la psicoterapia. Así pues, la infrautilización histórica de los servicios de salud mental por parte de este perfil llevaría a una acumulación de malestar no tratado. No obstante para afirmar esto convendría un análisis más profundo.

Esta diferencia generacional en el uso de servicios de salud mental podría explicarse, en parte, por barreras actitudinales, una menor alfabetización en salud mental (Segal et al., 2005), o por la medicalización de los síntomas a través de psicofármacos en lugar de la búsqueda de apoyo psicoterapéutico. Con relación a esto, la ESdE 2025 precisamente destacaba que el grupo etario con mayor consumo de psicofármacos en España es el de mayores de 65 años (describiendo nuevamente diferencias en base al sexo). Además, como señala Ferreres et al. (2012) en su estudio con una muestra española, el tratamiento psicoterapéutico es mayormente empleado en población joven, aun manteniéndose el psicofarmacológico como el más frecuente. La elección de este último se sospecha que guarda mayor relación con factores económicos o la presión asistencial que con su demostrada eficacia en la literatura científica. Por su parte, Doblyté (2020), apunta sesgos y determinantes entre los profesionales y la población española que favorecen la elección del tratamiento farmacológico frente al psicoterapéutico.

Esta disparidad en el uso de recursos pone de manifiesto la importancia de continuar analizando los factores de género, edad y socioculturales que influyen en la decisión de buscar ayuda profesional en concreto mediante la psicoterapia, o de recurrir al tratamiento farmacológico. Así, se refuerza la necesidad de implementar políticas de salud mental sensibles a estos factores. Más específicamente, estrategias que aumenten la accesibilidad y aceptación del tratamiento psicológico en adultos mayores, sobre todo en varones, cuya infrarrepresentación en la atención a la salud mental contrasta con los niveles de malestar y sintomatología observados.

- *Mujeres en el grupo clínico.*

En cuanto al sexo, el hecho de que las mujeres en el grupo clínico destaquen en los niveles más altos de malestar psicológico coincide con hallazgos previos que sugieren

una mayor prevalencia de trastornos emocionales en mujeres, posiblemente explicados por diferencias biológicas, sociales y culturales en la expresión y manejo del malestar psicológico. Así se refleja en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (Ministerio de Sanidad, 2024).

Los resultados obtenidos a través de los análisis ANOVA también permiten reflexionar sobre el papel de las variables independientes (la pertenencia a una muestra clínica o no clínica, el grupo de edad, y el sexo) en los niveles de malestar psicológico general. En concreto, arroja claridad sobre las diferencias estadísticamente significativas.

En primer lugar, el análisis de varianza realizado con las puntuaciones del CORE OM-34 únicamente identificó un efecto significativo en la interacción entre el tipo de muestra y el grupo de edad. Las comparaciones post-hoc revelaron que esta diferencia se concentra principalmente en los adultos jóvenes, dado que quienes formaron parte de la muestra clínica mostraron niveles significativamente más elevados de malestar que sus pares no clínicos. Esto puede verse explicado por los factores anteriormente comentados, que hacen que algunos jóvenes presenten una vulnerabilidad específica al malestar psicológico.

Por su parte, los resultados del SA-45 mostraron patrones más definidos. En este cuestionario el efecto de la variable independiente *tipo de muestra* tuvo un efecto altamente significativo, con tamaños del efecto grandes. Esto indica una diferencia robusta en los niveles de sintomatología psicológica entre los grupos clínico y no clínico. Esta diferencia, entre otros factores como los que se han ido exponiendo, podría justificar por qué las personas solicitan el tratamiento psicoterapéutico para sus afectaciones de salud mental. Asimismo, se encontró un efecto significativo del grupo de edad, al igual que en la interacción entre el tipo de muestra y el grupo de edad. Esto sugiere un patrón no lineal en la distribución de la sintomatología psicológica a lo largo del ciclo vital. En el estudio de Jongsmá et al. (2022) se trata de señalar esta distribución no lineal, sin embargo se presenta una inconsistencia en los diferentes patrones descritos en la literatura. Algunos estudios refieren una trayectoria con apariencia de U invertida, yendo el malestar psicológico en aumento desde la adultez temprana hasta la mediana edad y luego en disminución de la mediana edad hasta la vejez, mientras que otros describen una trayectoria en forma de U, coincidiendo con los resultados del presente estudio. Esto señala la necesidad de más estudios en este ámbito para esclarecer los hallazgos.

En cuanto al sexo, no se identificaron efectos significativos en ninguno de los dos instrumentos ni en las interacciones que lo incluían. Esta ausencia de significatividad

podría deberse a características específicas de la muestra, como una distribución homogénea del malestar psicológico entre hombres y mujeres en la muestra aglutinada. Otra posible explicación para este resultado podría ser la disminución de los sesgos en la autopercepción y expresión del malestar psicológico en los varones, quienes típicamente tienden a subreportar síntomas debido a factores socioculturales (Krumm et al., 2017; Gough y Novikova, 2020; Möller-Leimkühler, 2002). En cualquier caso, es un resultado llamativo por contradecir estudios previos que han reportado mayores niveles de sintomatología psicopatológica en mujeres (Salk et al., 2017; Saunders et al., 2023).

En resumen, estas diferencias estadísticamente significativas resaltan la necesidad de desarrollar intervenciones en salud mental que sean sensibles tanto al grupo etario como a la condición clínica. Habría que prestar especial atención a los adultos jóvenes, quienes parecen experimentar niveles más elevados de malestar. Futuros estudios podrían explorar estos efectos con medidas más específicas por dimensiones clínicas o utilizar un enfoque longitudinal que permita analizar trayectorias evolutivas.

- *Ítems discriminativos entre grupo clínico y grupo no clínico.*

En cuanto a los dos modelos de regresión logística independientes para predecir la pertenencia al grupo clínico (personas que solicitan psicoterapia) o al grupo no clínico (que no reciben tratamientos), utilizando como predictores los ítems del CORE-OM y del SA-45, se puede concluir que:

- El modelo de 5 ítems del CORE-OM mostró una mayor capacidad explicativa y predictiva para diferenciar a las personas que solicitan psicoterapia de aquellas que no. Esto puede atribuirse a que el contenido de este instrumento está clínicamente orientado, así como a que este fue diseñado específicamente para medir el progreso y el malestar en contextos de intervención psicológica. En concreto, los ítems seleccionados por el modelo se refieren a las dimensiones de Bienestar Subjetivo, Problemas/Síntomas, y Funcionamiento General. Esto demuestra la buena capacidad evaluativa de estos ítems en sus dimensiones, demostrando su peso factorial.
- Por su parte, el modelo de 3 ítems del SA-45 alcanza una menor capacidad para discriminar de forma fina entre los perfiles clínico y no clínico, aun teniendo un buen rendimiento. Esto puede deberse a que es un instrumento de screening de síntomas pero su uso no está particularmente diseñado para detectar el cambio en los ámbitos clínicos psicoterapéuticos. Sin embargo, la presencia de

ítems significativos indica que sigue siendo una herramienta válida para explorar factores relacionados con el malestar psicológico y poder considerar su uso con valor predictivo.

- *Más allá de los perfiles y las diferencias significativas.*

Sorprende el hecho de que todos los subgrupos, incluidos los no clínicos, superen el umbral clínico del CORE-OM-34. Esto invita a pensar en una posible sobrecarga emocional generalizada en la muestra, lo que podría estar reflejando un contexto social más amplio de vulnerabilidad psicológica sostenida. Se lanza como posiblemente hipótesis que esta se haya intensificado por las secuelas de la pandemia, el estrés económico o una precarización laboral y vital. Esto abre interrogantes relevantes sobre la normalización del malestar psicológico en la población, y plantearía la necesidad de reconsiderar los criterios tradicionales que distinguen entre lo clínico y lo no clínico, especialmente en investigaciones contemporáneas sobre salud mental.

Sin embargo, esto no sucede así con las puntuaciones del SA-45, con lo que se evidencia la importancia de utilizar múltiples instrumentos de evaluación. La convergencia parcial entre los resultados del CORE OM-34 y del SA-45 permite matizar e interpretar con mayor precisión los patrones observados.

- *Limitaciones.*

Este estudio presenta varias limitaciones que se deben tener en cuenta de cara a interpretar los resultados. En primer lugar, la muestra utilizada carece de representatividad respecto a la población general española. Esto es por el tamaño muestral que, aun siendo amplio, es relativamente reducido teniendo en cuenta la totalidad de la población en España. Así mismo, la muestra presenta una distribución poco equilibrada en términos de edad. Siendo la edad media de los participantes de 40 años, la desviación típica fue de 17, lo que indica una alta dispersión y dificulta la caracterización de grupos etarios más específicos. Por ello, la generalización de los hallazgos ha de ser cautelosa.

En segundo lugar, el estudio no incluyó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) ni un Análisis de Invarianza, lo cual limita la validez estructural de los instrumentos utilizados, y la posibilidad de comparar grupos de forma robusta. Estos análisis habrían permitido verificar la estructura subyacente de los constructos.

Otra limitación a tener en cuenta es que no fue posible aplicar una corrección de la homogeneidad de varianzas en los análisis de ANOVA, dado que el programa

empleado solo permite dicha corrección en ANOVAs de un solo factor. Así, el control estadístico en modelos más complejos como los aplicados quedan restringidos.

Por último, para poder confirmar con mayor certeza la relación sugerida -positiva en el caso de las mujeres jóvenes y negativa en los hombres mayores- entre los niveles de malestar y sintomatología psicológica y el acceso a recursos de salud mental, particularmente la psicoterapia, sería necesario llevar a cabo análisis adicionales.

Estas limitaciones metodológicas, sumadas a algunos resultados poco frecuentes en la literatura, sugieren la necesidad de investigaciones futuras con muestras más amplias y representativas, así como con un diseño estadístico más robusto.

REFERENCIAS

- Agnazo, K. (2022). *La demanda de libros de autoayuda se dispara en España*. [Página web]. Idealo. Recuperado el 7 de mayo de 2025, de <https://www.idealo.es/magazin/ocio/libros-autoayuda>
- American Psychological Association. (2012.). *Entendiendo la psicoterapia* [Página web]. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.apa.org/topics/psychotherapy/entendiendo-la-psicoterapia>
- Apeso-Varano, E. C., Barker, J. C., & Hinton, L. (2015). Shards of sorrow: Older men's accounts of their depression experience. *Social Science & Medicine*, *124*, 1–8.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J. y Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, *6* (1) 3-15.
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety*, *31*(6), 506–516. <https://doi.org/10.1002/da.22230>.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: a longitudinal study. *The Journal of nervous and mental disease*, *204*(4), 321-324.
- Bretherton, S. J. (2021). The influence of social support, help-seeking attitudes and help-seeking intentions on older Australians' use of mental health services for depression and anxiety symptoms. *The International Journal of Aging and Human Development*, *95*(3), 308–325. <https://doi.org/10.1177/00914150211050882>
- Christopher, J. C. (1999). Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. *Journal of Counseling & Development*, *77*(2), 141-152.
- Corral, M. H., & Sánchez-Suricalday, A. (2024). Consecuencias de la soledad y el aislamiento en las personas mayores: una revisión sistemática. *Psiquiatría Biológica*, *31*(2), 100450.
- Dalal, P. K.; Sivakumar, T.. Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry* 51(4):p 310-319, Oct–Dec 2009. | DOI: 10.4103/0019-5545.58302
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, *4*(3), 259-276.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Doblytė, S. (2020). Under- or overtreatment of mental distress? Practices, consequences, and resistance in the field of mental health care. *Qualitative Health Research*, *30*(10), 1503–1516. <https://doi.org/10.1177/1049732320918531>
- Elliott, M. (2013). Gender Differences in the Determinants of Distress, Alcohol Misuse, and Related Psychiatric Disorders. *Society and Mental Health*, *3*(2), 96-113. <https://doi.org/10.1177/2156869312474828> .
- European Commission. (2023). Eurobarometer: Salud mental factsheet. Recuperado de <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>

- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J. y Audin, J. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 51–60.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia- Grau, E. y López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, *23*(89), 109-135.
- Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I., & Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado?: Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *32*(114), 271–286.
- Flanagan, E. H., Davidson, L., & Strauss, J. S. (2010). The need for patient-subjective data in the DSM and the ICD. *Psychiatry*, *73*(4), 297–307.
- Godinić, D., & Obrenovic, B. (2020). Effects of economic uncertainty on mental health in the COVID-19 pandemic context: social identity disturbance, job uncertainty and psychological well-being model.
- Gough, B., & Novikova, I. (2020). Mental health, men and culture: How do sociocultural constructions of masculinities relate to men's mental health help-seeking behaviour in the WHO European Region? *WHO Regional Office for Europe*. (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 70).
- Huggard, L., Murphy, R., O'Connor, C., & Nearchou, F. (2023). The social determinants of mental illness: A rapid review of systematic reviews. *Issues in mental health nursing*, *44*(4), 302-312.
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Visitas a otros profesionales sanitarios en los últimos 12 meses según tipo de profesional sanitario por sexo y grupo de edad*. [Base de datos en línea]. Recuperado el 28 de mayo de 2025, de <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=72183&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas según sexo y grupo de edad*. [Base de datos en línea]. Recuperado el 28 de mayo de 2025, de <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=72296&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). *Tipo de medicamento consumido en las últimas 2 semanas, según haya sido recetado o no por sexo y grupo de edad. Población que ha consumido cada tipo de medicamento en las últimas 2 semanas*. [Base de datos en línea]. Recuperado el 28 de mayo de 2025, de <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=72300&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística & Ministerio de Sanidad. (2023). *Encuesta Nacional de Salud de España: Proyecto técnico*. https://www.ine.es/normativa/leyes/cse/proyecto_saludEspa%C3%B1a.pdf
- Jolles, D., Lamarche, V. M., Rolison, J. J., & Juanchich, M. (2023). Who will I be when I retire? The role of organizational commitment, group memberships and retirement transition framing on older worker's anticipated identity change in retirement. *Current Psychology*, *42*(18), 15727–15741.
- Jongsma, H. E., Moulton, V. G., Ploubidis, G. B., Gilbert, E., Richards, M., & Patalay, P. (2022). Psychological distress across adulthood: Equating scales in three British birth cohorts. *Clinical Psychological Science*, *11*(1), 121–133. <https://doi.org/10.1177/21677026221095856> (Original work published 2023)
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, *67*(3), 231.

- Krumm, S., Checchia, C., Koesters, M., Kilian, R., & Becker, T. (2017). Men's views on depression: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology*, *50*(2), 107–124.
- Kumaraswamy, N. (2013). Academic stress, anxiety and depression among college students: A brief review. *International review of social sciences and humanities*, *5*(1), 135-143.
- Mayo Clinic. (2023). *Psicoterapia* [Página web]. Recuperado el 31 de mayo de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/psychotherapy/about/pac-20384616>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.*, p. 17. https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023.* https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Encuesta de salud de España: Nota de Prensa.* <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ESdE2023.htm>
- Ministerio de Sanidad & Centro de Investigaciones Sociológicas. (2024). *Informe Barómetro Sanitario 2024.* https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_Totales/Informe_BS_2024.pdf
- 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*(1–3), 1–9.
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., ... & Kessler, R. C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(5), 368-375.
- Palmeroni, N., Claes, L., Verschueren, M., Bogaerts, A., Buelens, T., & Luyckx, K. (2020). Identity distress throughout adolescence and emerging adulthood: Age trends and associations with exploration and commitment processes. *Emerging Adulthood*, *8*(5), 333-343.
- Park, H., & Kim, J. (2024). Perceived social position, active engagement with life, and depressive symptoms among older adults. *Social Science & Medicine*, *345*, 116716.
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E., & Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's help-seeking for depression: Attitudinal and structural barriers in symptomatic men. *Journal of Primary Care & Community Health*, *11*, 2150132720921686.
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). *SA-45: forma abreviada del SCL-90*. *Psicothema*, *20*(2), 290-296.
- Saunders, E. F., Brady, M., Mukherjee, D., et al. (2023). Gender differences in transdiagnostic domains and function of adults measured by DSM-5 assessment scales at the first clinical visit: A cohort study. *BMC Psychiatry*, *23*, 709. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05207-8>
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and

- meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 261–268.
doi:10.1192/bjp.bp.116.189464
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O’Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 363–367. <https://doi.org/10.1080/13607860500131047>
- Shahi, U. (2024). Interpersonal communication and mental health: An impact study of interpersonal communication skills on mental health of youth.
- Thoits, P. A. (2011). *Perceived social support and the voluntary, mixed, or pressured use of mental health services*. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 427–441. <https://doi.org/10.1177/2156869310392793>
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *The Lancet*, 370(9590), 807-808.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., ... & Evans, C. (2016). Psychometric properties of the spanish version of the clinical outcomes in routine evaluation—outcome measure. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 1457-1466.
- van Beljouw, I. M., Verhaak, P. F., Cuijpers, P., van Marwijk, H. W., & Penninx, B. W. (2010). The course of untreated anxiety and depression, and determinants of poor one-year outcome: a one-year cohort study. *BMC psychiatry*, 10, 86. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-86>
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wuthrich, V. M., & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227–1236. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000241>