



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 28 No. 3

Septiembre de 2025

<https://doi.org/10.22402/REPI.2025.28.03.3>

BARRERAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN UNA MUESTRA MEXICANA

José Enrique Martínez-Sánchez¹ y Jesús Javier Higareda-Sánchez²
Instituto Liber de Terapia Cognitivo Conductual
Universidad Anáhuac
México

RESUMEN

El Trastorno Obsesivo Compulsivo afecta la vida cotidiana, es subdiagnosticado en México, y los pacientes enfrentan estigma, falta de recursos y tratamientos no especializados. Se seleccionaron 20 participantes del centro de la República Mexicana mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, con una media de edad de 30.26 (DE = 7.86), 9 hombres y 11 mujeres, todos con diagnóstico o síntomas de TOC. Se realizó una entrevista semiestructurada para explorar las barreras en el diagnóstico y tratamiento del TOC. Dichos resultados indican barreras asociadas con: búsqueda de apoyo profesional, mitos sobre el TOC y la terapia, errores en el diagnóstico y tratamiento, costos y estigmatización. Los resultados se discuten con base en la carencia de profesionales capacitados en TOC y en las barreras económicas, vergüenza y falta de atención en la salud mental, lo que dificulta un tratamiento oportuno y adecuado.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo, barreras, diagnóstico, tratamiento, México.

¹ Instituto Liber de Terapia Cognitivo Conductual, <https://orcid.org/0009-0006-8220-7938> correo: psic.joseenriquemtz@gmail.com

² Universidad Anáhuac México, <https://orcid.org/0000-0002-9240-0815>, correo: javier.higareda88@gmail.com

BARRIERS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN A MEXICAN SAMPLE

ABSTRACT

Obsessive-Compulsive Disorder affects daily life, is underdiagnosed in Mexico, and patients face stigma, lack of resources, and unspecialized treatments. Twenty participants from central Mexico were selected through non-probabilistic convenience sampling, with a mean age of 30.26 years ($SD = 7.86$), consisting of 9 men and 11 women, all diagnosed with or exhibiting symptoms of OCD. A semi-structured interview was conducted to explore the barriers in OCD diagnosis and treatment. The results indicate barriers related to seeking professional support, myths about OCD and therapy, diagnostic and treatment errors, costs, and stigmatization. The findings are discussed in light of the shortage of OCD-trained professionals, economic barriers, shame and the lack of mental health care, which hinders timely and appropriate treatment.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, barriers, diagnostic, treatment, México.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un padecimiento que se caracteriza por pensamientos obsesivos persistentes e involuntarios, así como compulsiones en respuesta a las obsesiones y al malestar significativo que generan (*American Psychiatric Association [APA]*, 2013; Abramowitz y Jacoby., 2015). Estos dos síntomas generan deterioro en diversas áreas del funcionamiento cotidiano como: desempleo, problemas en el hogar, deserción escolar, aislamiento, entre otros (Foa et al., 2012; Salcedo et al., 2011).

Se estima que entre el 2 y 3% de la población mundial padece TOC (Carmi et al., 2022); en cuanto a México, Rodríguez et al. (2009), considera que el 1.3% de la población lo presenta, sin embargo, existe una escasez de referencias demográficas en comparación a otros padecimientos psiquiátricos (Caraveo-Anduaga y Colmenares-Bermúdez, 2004).

El TOC puede manifestarse en cualquier etapa de vida, tanto en la infancia (Storch et al., 2022), como en la adolescencia y adultez temprana (Williams et al., 2012; Kozak y Foa, 1997). Siendo más prevalente en hombres durante la infancia, mientras que en la adultez temprana tiene mayor presencia en mujeres (Selles et al., 2014). A pesar de lo anterior el diagnóstico suele ser tardado debido, entre otras causas, a la incomprendición y desconocimiento por parte de los profesionales de la salud mental sobre las características y tratamientos eficaces (Stahnke, 2021). Hasta el momento, el tratamiento con mayor eficacia para este trastorno es la Terapia de Exposición y Prevención de Respuesta (EPR)

siendo el tratamiento de línea base para el TOC (Foa et al., 2012), hoy en día siendo el procedimiento psicoterapéutico que ha demostrado mayor evidencia en la mejoría de síntomas, así como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en la reducción de recaídas y mejoría de adherencia terapéutica (Abramowitz y Jacoby., 2015). Ambos enfoques psicoterapéuticos son de corte conductual y compatibles para la atención psicológica del TOC (Twohig et al., 2018).

En la atención psiquiátrica del TOC, los “Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina” (SSRI; por sus siglas en inglés), han demostrado mejores resultados en la sintomatología obsesivo-compulsivo (Kotapati et al., 2019). Pese a que el TOC cuenta con intervenciones específicas, se estima que solamente el 30% de quienes lo padecen logran recibir un tratamiento especializado (Ruscio et al., 2010; Wahl et al., 2010), por lo que los síntomas y comorbilidades pueden empeorar si no se recibe una intervención especializada (Stahnke, 2021; Perez et al., 2007).

Aproximadamente el 75% de la población adulta con TOC presenta comorbilidad con trastornos de ansiedad, depresión mayor y abuso de alcohol (Lack, 2012); así como otros padecimientos relacionados al TOC (Trastorno de acumulación, Tics, Tourette, Personalidad Obsesivo Compulsivo y Dismorfia corporal) y los trastornos de conductas centradas en el cuerpo (Tricotilomanía, Dermatilomanía y Onicofagia) por lo que al presentar adicionalmente algún otro padecimiento, afecta en la funcionalidad y calidad de vida de quien lo padece (Selles et al., 2017; APA, 2013).

Las personas con TOC llegan a prolongar la búsqueda de tratamiento psicológico entre 4 y 17 años (Marques et al., 2010; Pinto et al., 2006), quienes viven con TOC terminan buscando ayuda profesional debido a la disfuncionalidad y el malestar que experimentan, ya que los recursos de afrontamiento que aplican previo al tratamiento no son suficientes para vivir plenamente (Cotrino et al. 2020).

La primera búsqueda de atención profesional de las personas con TOC llega a ser general o “no especializada” y posteriormente, la búsqueda para el tratamiento con expertos en el trastorno llega a ser desde 2.8 años (Stengler et al., 2013) hasta 4 años de espera (Costa et al., 2022). Cabe señalar que, quienes viven con este padecimiento se limitan a brindar información sobre su sintomatología por temor a ser señalados y juicios que podrían recibir por parte de los profesionales de la salud mental, lo cual dificulta el proceso diagnóstico (Rodríguez-Acevedo et al., 2009; Stengler et al., 2013).

Quienes padecen TOC y no buscan ayuda profesional lo hacen por distintas razones, algunos ejemplos de este fenómeno son los siguientes: desconocimiento de los síntomas como parte de un trastorno, percepción de afrontamiento efectivo de los síntomas del TOC sin ayuda profesional, dificultad económica por cubrir el tratamiento, fluctuación en la aparición de los síntomas, intensidad baja de los síntomas, percepción de estigma social, vergüenza por los contenidos obsesivos y desconocimiento sobre con qué profesional acudir para recibir tratamiento (Glazier et al., 2015).

Al presentar problemáticas de salud mental, las personas suelen acudir a otros procedimientos no específicos los cuales interfieren en la atención oportuna de los síntomas y por lo tanto no ayudan a su resolución eficaz (Aguilar-Gaxiola et al., 2007). Investigaciones como las de Mascayano (2016), indica que, en países de Latinoamérica, las personas que presentan un trastorno de salud mental presentan barreras relacionadas a la vergüenza o culpa por los síntomas.

La importancia de esta investigación radica en que, tres de cada 10 mexicanos padecen de algún tipo de trastorno de salud mental durante su vida (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2023) y solo 1 de cada 5 individuos recibe algún tipo de tratamiento (Berenzon Gorn et al., 2013). El tiempo de búsqueda para la atención de trastornos del estado anímico en México es en promedio de 14 años y en el caso de trastornos relacionados a la ansiedad hasta 30 años (Wang et al., 2007).

Desde un enfoque cualitativo, resulta fundamental explorar las vivencias subjetivas de las personas con TOC, sus preocupaciones y los significados que atribuyen a su sintomatología y a las barreras en el acceso a la atención. Estudios previos han identificado que, a menudo, los pacientes enfrentan procesos prolongados de búsqueda de tratamiento, que pueden extenderse entre 4 y 17 años, debido a experiencias negativas en servicios de salud no especializados y al desconocimiento sobre a qué profesional acudir (Pinto et al., 2006; Costa et al., 2022). Por tanto, esta investigación busca aportar una perspectiva comprensiva e interpretativa que permita profundizar en la realidad vivida por quienes enfrentan esta condición.

MÉTODO

Participantes

Este estudio fenomenológico tuvo como objetivo explorar las experiencias de personas con diagnóstico de TOC por lo que se seleccionó a los participantes mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, conformado por 20 personas, con una edad promedio de 30.26 años ($DE = 7.86$). De estos, nueve eran hombres y once mujeres, todos mayores de edad y con diagnóstico o sintomatología de TOC. Los participantes, provenientes de diversas regiones de la República Mexicana, participaron de manera voluntaria. Los datos sociodemográficos adicionales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de participantes

<i>Nivel educativo</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Preparatoria	3	15
Superior	17	85
<i>Tiempo con el diagnóstico</i>		
1 a 4 años	5	25
5 a 9 años	5	25
10 a 14 años	2	10
15 a 19 años	7	35
Más de 20 años	1	5
<i>Tipo de tratamiento</i>		
Psicoterapia no especializada para el TOC	2	10
Psicoterapia especializada para el TOC/Farmacológico	18	90
<i>Edad de inicio de los síntomas de TOC</i>		
1 a 11 años.	6	30

12 a 18 años	7	35
19 a 30 años	6	60
Más de 31 años	1	5
<hr/>		
<i>Tiempo transcurrido para comenzar tratamiento</i>		
Entre 1 y 5 años	10	50
Entre 6 y 10 años	4	20
Entre 11 y 15 años	2	10
Más de 16 años	4	20

Instrumentos

Se llevó a cabo una entrevista semiestructurada compuesta por 19 preguntas diseñadas para explorar la experiencia de las personas con sintomatología de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en relación con las barreras y limitaciones que enfrentan. Estas preguntas fueron elaboradas con base al modelo de barreras para la búsqueda de atención en salud mental (Tanahashi, 1978; Marques et al., 2010; Hirmas et al., 2013) los cuales son: a) barreras estructurales; b) barreras culturales y sociales; c) barreras sobre conocimientos del tema; y d) barreras emocionales y psicológicas.

Procedimiento

Los participantes fueron reclutados por diversos medios, incluyendo el contacto directo con pacientes que se encontraban en proceso psicoterapéutico. Tras la firma del consentimiento informado, se grabaron en audio las entrevistas realizadas. El análisis de la información se llevó a cabo mediante procedimientos de análisis de contenido (Krippendorff, 2019), lo que permitió clasificar los datos en categorías según sus particularidades, mediante el programa Atlas Ti v9.

Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo siguiendo las disposiciones éticas establecidas en el "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud",

específicamente los artículos 13 al 27. Además, los participantes firmaron un consentimiento informado, garantizando su participación voluntaria en las entrevistas.

Resultados

Los nombres de los participantes fueron modificados para proteger su confidencialidad. A continuación, se presentan los resultados organizados en categorías de análisis por pregunta.

Desarrollo e inicio de síntomas

Los participantes reportaron haber experimentado sus primeros síntomas de TOC durante o antes de la adolescencia. Algunos señalaron que dichos síntomas se presentaron desde la infancia, intensificándose y diversificándose durante la adolescencia en cuanto a los contenidos específicos del trastorno.

Alejandro, 36 años: “A los 4 o 5 años, empezaron los síntomas del TOC, ahora sé que es de contaminación emocional; con el paso del tiempo salió la película del TOC y veía lo del TOC, a los 17 le dije a mi mamá que tenía que ir a terapia porque tenía TOC”.

Emanuel, 22 años: “Recuerdo que de niño tenía síntomas del TOC, pero fueron más fuertes cuando tenía 17 o 18 años”.

Quienes padecen TOC enfrentan disfuncionalidad y deterioro en diversas áreas de su vida cotidiana, lo que los lleva a buscar atención específica para su malestar. Sin embargo, las malas experiencias previas influyen significativamente en sus decisiones al momento de buscar y continuar con el tratamiento, ya que priorizan encontrar atención de calidad, incluso si esto implica mayores costos. Cabe destacar que varios participantes reportaron mayores dificultades para mantener y completar el proceso terapéutico, más que para iniciar la primera sesión (ver Tabla 2).

Tabla 2. Áreas afectadas ante el desarrollo de la sintomatología TOC.

Categoría	Definición	n	%

Problemáticas relacionadas con el empleo y el desempleo.	Pérdida de rendimiento laboral, despidos, renuncia al trabajo.	16	80
Problemas relacionados a la funcionalidad escolar.	Deserción escolar, problemas en adherencia escolar, problemas en rendimiento académico	13	65
Problemas interpersonales entre miembros familiares.	Problemáticas en la interacción y función familiar	13	65
No contar con un espacio adecuado para llevar a cabo las sesiones en línea.	No poder llevar a cabo la sesión de forma aislada o con preocupación de no contar con privacidad adecuada para la sesión en línea.	7	35
Problemas de conectividad y tecnología	Dificultades técnicas para la sesión en línea.	5	25
Problemas de movilidad en dificultad del transporte	Dificultades relacionadas a la movilidad al espacio terapéutico.	4	20
Aislamiento y rechazo social.	Vivir con rechazo social por cualquier persona.	3	15

Al buscar atención especializada, las personas con TOC suelen percibir que los profesionales capacitados en este trastorno les brindarán una atención de calidad y un trato digno, libre de estigmas. Esto contrasta con experiencias previas en servicios generales, donde sus síntomas suelen ser malinterpretados o poco comprendidos. Aunque al inicio del tratamiento los costos económicos tienden a ocupar un lugar secundario, estos se convierten en un factor crucial para la toma de decisiones a lo largo del proceso, especialmente al finalizar el tratamiento.

Estas limitaciones no solo preceden la búsqueda de tratamiento, sino que se agravan debido a la presencia misma de los síntomas. A continuación, se presentan algunos ejemplos ilustrativos:

Paola, 20 años: "Me afectó al tener que dejar la escuela y no puedo trabajar por los mismos síntomas ya que tengo miedo a que me juzguen a contaminarme, hay pocos especialistas en donde vivo, también tenía problemas de internet y no podía hablar fuerte por miedo a que me escucharan".

Zahir, 22 años "Voy mal en la escuela por los síntomas, no me puedo concentrar, pierdo tiempo compulsionando e incluso faltó, mis papás no entienden del TOC, hay mucho roce con ellos y mi relación se ha deteriorado".

Búsqueda de ayuda profesional

El intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas de TOC y la búsqueda de atención psicológica o psiquiátrica oscila entre 1 y 20 años. En muchos casos, el motivo inicial de consulta ocurrió en instituciones públicas o privadas de atención general, y estuvo relacionado con el abordaje de sintomatologías comórbidas, como trastornos de ansiedad o depresión, más que con el TOC propiamente dicho.

Enrique, 21 años: "Pasé por una depresión severa, mi mamá me llevó a un centro de salud y la psicóloga me dijo que era un ciclo de ansiedad y depresión, me evaluaron y resultó que tenía TOC".

Búsqueda para la atención especializada en TOC

El tiempo en el que las personas tardaron en encontrar un especialista en TOC osciló entre los 6 meses y los 19 años. A continuación, se muestra la siguiente narrativa:

- *Jair, 31 años: "Tardé 10 años en acudir con un especialista en TOC, previamente acudí a un psicólogo general saliendo del hospital de psiquiatría, acudí a una consulta por la cercanía y porque fue la primera opción que vi, no porque supiera que era especialista".*

Cabe señalar que en diversos casos el primer diagnóstico no fue acertado, por lo que numerosos individuos tardaron en iniciar un tratamiento por el mismo desconocimiento diagnóstico y claridad de los síntomas, incluso en algunos casos, aunque ya se había identificado a un terapeuta entrenado en TOC.

En este tenor, otras preocupaciones sobre iniciar un proceso especializado radican en más variables, por ejemplo: buscar abordar otras comorbilidades al TOC, desconocimiento a donde y con quién acudir, poca disponibilidad de los terapeutas, así como temor a las

respuestas por parte de los profesionales por quienes van a ser atendidos. Algunos discursos sobre las preocupaciones por iniciar un proceso fueron los siguientes:

- *Lorena, 48 años: "Tuve temor para no encontrar un psicólogo adecuado que supiera del TOC, así mismo a que la terapia fuera muy cara ya que mi hermana iba a pagar el tratamiento".*
- *Nancy, 24 años: "Me preocupaba no encontrar a un buen especialista con el que pudiera sentir la confianza de que realmente me ayudaría y que no entendiera mis síntomas, alguien con quién me sintiera cómoda y realmente escuchada, así como vivir con preocupación de no poder financiar completamente mi tratamiento".*

Como se ha mencionado, parte de las dificultades para buscar ayuda profesional fueron relacionadas al temor al recibir juicios sobre los mismos síntomas, ya que por las temáticas de los contenidos del TOC los entrevistados refirieron tener preocupación por la reacción y juicio de los terapeutas. A continuación, se muestran ejemplos narrativos:

- *Alexandra, 35 años: "tenía preocupación de buscar en internet síntomas de las obsesiones, pensaran mal y me buscara. También la psicóloga que me hizo regresiones mal interpretó los pensamientos, pensó que yo por ver pornografía eso contaminaba mis pensamientos y que eso atraía a los demonios".*
- *Leonor, 36 años: "Pensé que yo era peligrosa, fue cuando busqué ayuda, pero a la vez me daba vergüenza y miedo a que fueran a pensar de mí, no quería hablar de mis obsesiones, también tenía miedo a que realmente estuviera loca y si fuera realmente capaz de dañar a alguien".*

Mitos, estereotipos y estigmatización de vivir con TOC y su tratamiento

Diversos participantes presentaron experiencias aversivas por parte de seres queridos y conocidos respecto a su intención de buscar ayuda profesional para atender los síntomas del TOC, ya que presenciaron vergüenza y miedo al intentar compartir información a otros respecto a los mismos síntomas, esto debido al tipo de contenido de las obsesiones y a la confusión con otros trastornos como podrían ser los trastornos de tipo psicótico y relacionados.

Parte cultural de la postura que se tiene hacia la terapia es sobre estereotipos relacionados al acudir a psicoterapia como señal de falta de voluntad. Cabe señalar que

diversos participantes mencionaron que no se identificaban con los mitos que escucharon por parte de otras personas y esto no afectó en la búsqueda de tratamiento.

La estigmatización que presentaron los pacientes por los síntomas del TOC estaban caracterizados por la tipificación con la limpieza excesiva y orden, e incluso recibieron descalificaciones por presentar esta sintomatología, tales como “no tienes TOC”, “tienes otro padecimiento, pero no es TOC”. A continuación, presentamos los siguientes testimonios:

- *Raúl, 35 años: “No me afectaron como tal, pero sí me llegaron a decir qué solamente las personas locas van a psicoterapia”.*
- *Leonor, 36 años: “Mi mamá decía que si iba al psicólogo era porque estaba loca”, “en una ocasión pensé que tenía esquizofrenia y pensé que veía cosas, por lo que la psiquiatra me dijo que no podía ser TOC y que era otra cosa”.*

Como mencionamos, quienes viven con esta condición se limitan a compartir datos sobre sus síntomas por temor a la reacción de las personas, sobre todo al inicio de los síntomas. Presentamos el siguiente testimonio:

- *Emanuel, 22 años: “No hablaba mucho del TOC con las personas por los mismos tipos de contenido, ya que es difícil que la gente comprenda lo que es vivir con esto, hay psicólogos que tampoco lo entienden y no saben de esto”.*

Alternativas previas al inicio del tratamiento

Algunos participantes mencionaron prácticas alternativas como meditación en diferentes variaciones, actividades artístico-culturales, búsquedas de los síntomas en internet en canales especializados en TOC. Así mismo, otras alternativas estuvieron relacionadas a grupos de apoyo del trastorno y en otras modalidades grupales de diferente naturaleza (ver Tabla 3).

Tabla 3. Recursos de afrontamiento al malestar previo a la terapia especializada

Categoría	Definición	n	%
Pseudoterapias	Recursos paliativos no basados en evidencia tales como: Aromaterapia, Flores de Bach,	13	65

Constelaciones familiares, Terapia de Péndulo, etc.						
Otros modelos de psicoterapia no especializado/psicólogos generales	Cualquier modelo psicoterapéutico que no tenga principios teóricos y prácticos acordes a la EPR o ACT especializada en TOC.			13	65	
Información en internet especializada en TOC	Información específica al TOC mediante páginas web, videos, posters, etc.			13	65	
Actividad física/Ejercicio físico	Actividad basada en acondicionamiento físico tal como: pesas, correr, natación, etc.			4	20	
Meditación.	Actividades similares a la meditación tales como: Mindfulness, Zen, “meditación”.			4	20	
Grupos sociales de apoyo (no específicos de TOC).	Grupos de soporte emocional no enfocados al TOC tales como Alcohólicos Anónimos o relacionados.			3	15	
Actividades de corte religioso	Iglesias, grupos religiosos, comunidad religiosa.			3	15	

Nota: Cada participante (N=20) brindó diversas respuestas

Se muestran a continuación algunos de los discursos representativos:

- *Brandon, 31 años: “En su momento acudí a alcohólicos anónimos, hacia ejercicio cómo salir a caminar, pero eso no me ayudaba y también acompañé a familiares a un grupo religioso”.*
- *Julietta, 35 años: “Hice cuestiones de meditación de tipo budista, así como ir a otro tipo de terapias”.*

Lamentablemente, algunos participantes refirieron acudir a prácticas no basadas en evidencia o pseudoterapias que podían poner en riesgo la salud mental, las cuales llegan a ser recurridas en México debido al desconocimiento que se tiene sobre el alcance de estas, tales alternativas como: “Limpias”, “Flores de Bach”, “terapia de péndulo”, “aromaterapia”, “constelaciones familiares”, etc. A continuación, se muestran los siguientes testimonios:

- *Leonor 36 años: “Mi mamá me llevó a hacer limpias y a la iglesia a pláticas”.*
- *Pilar 29 años: “Hice flores de Bach, Barra de access, aromaterapia, fui con una tanatóloga a que me sanara, fui a campamentos de yoga y en general leía mucho sobre la mente como la ley de la atracción”.*

Barreras de los profesionales de salud mental para el diagnóstico y la atención oportuna y efectiva del TOC

Parte de las barreras han sido los profesionales de la salud mental, ya que los entrevistados mencionan que algunos no eran especialistas en TOC, contaban con formación académica en otros modelos, e incluso desconocían sobre los criterios diagnósticos del trastorno. A continuación, se presentan las siguientes narraciones:

- *Paola, mexicana de 20 años: “Me ayudaron a buscar ayuda psicológica cerca de donde vivo, pero era psicóloga general, la terapeuta no era especialista en TOC y tuve que buscar a alguien más, me dijo que solo era depresión, pero no me dijo que tenía TOC, buscaba terapeutas especializados en TOC, pero cerca de donde vivo no encontraba, por ello fui con psicólogos no especializados, pero tuve una mala experiencia por lo mismo”.*

Parte de las mismas barreras en la accesibilidad a un tratamiento especializado y diagnóstico adecuado, se encuentran la constante infra valoración diagnóstica que los pacientes con TOC suelen atravesar, puesto que reciben otro tipo de diagnóstico que puede confundirse con la sintomatología TOC. Un ejemplo de esto es el siguiente testimonio:

- *Emanuel, paciente con TOC: “Sí, me diagnosticaron equivocadamente, me dijeron que solo era Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), pero siempre se descalificó el TOC, porque me decían que si tuviera TOC ni siquiera me podría levantar de la cama, además de que no hacía compulsiones típicas”.*

Eficacia y calidad en la atención especializada.

Las primeras experiencias terapéuticas de los participantes con psicólogos no especializados y con psiquiatras fueron aversivas o no satisfactorias, ya que refirieron estas como desagradables. Algunos participantes que acudieron a un hospital psiquiátrico público indicaron tener poca comunicación con los psiquiatras, adicionalmente no se encontraban familiarizados con el trastorno, lo que dificulta la atención y tratamiento oportuno. A continuación, se presentan análisis discursivos sobre dichas barreras:

- *Brandon, 31 años: “Una psicóloga me dijo que no tenía TOC y que solo era algo de ansiedad que tenía que sacar, entonces investigué más en internet y busqué a alguien especializado en la IOCDF, te das cuenta cuando alguien sabe cómo tratarlo y te entiende”.*
- *Alexandra, 35 años: “Nunca supieron que tenía TOC, ni siquiera me dijeron que era algo de ansiedad, en una constelación familiar solo me dijeron que era un grado familiar; pero cuando busqué de nuevo ayuda con mi psiquiatra y terapeuta que, sí sabían de TOC desde el inicio me dieron explicaciones adecuadas y además también de que yo me apagué al tratamiento, me sentí entendida después de mucho tiempo sin saber que era”.*
- *Emanuel 22 años: “Antes ya había tomado terapia, pero no me dijeron que tenía TOC, por lo mismo busqué terapia y di con el psicólogo porque aparecía en el directorio de la IOCDF, entonces vi que sabía de TOC, sabía que eso ya era más seguro y me iban a ayudar a decirme si tenía TOC y qué podía hacer”.*

Así mismo, la comprensión de los síntomas por parte de psicoterapeutas fue factor clave para los participantes en relación con la satisfacción del servicio, ya que los entrevistados hicieron referencia a darle importancia a encontrar a alguien que comprendiera las necesidades y sintomatología, por lo que, a mayor preparación y familiaridad con este trastorno, mejor atención, diagnóstico y alianza terapéutica.

- *Raúl 35 años: “Mi último terapeuta me recomendó buscar psicoterapia cognitivo conductual específica para el TOC, también para llevar terapia con el psiquiatra, mis papás me han estado ayudando con el medicamento ya que son muy costosos, añadiendo el costo de las terapias psicológicas que llevo”.*

En este sentido, quienes han atravesado experiencias y prácticas negativas han buscado experiencias contrarias, donde puedan recibir una validación diagnóstica, trato digno y eficaz para la sintomatología y malestar, por lo que se valora en búsquedas subsecuentes, la familiarización con el TOC por parte de los profesionales. Por ejemplo:

- *Alejandro 36 años: “Tardé dos semanas en lista de espera, pero me sentí muy bien al inicio al llegar a un lugar especializado, el que supieran cómo abordar el TOC influyó mucho porque pude identificar que estaba en el lugar indicado, me sentí bien al inicio, aunque no pude seguir por dinero”.*

Dificultades sociales e interpersonales

Para los participantes el costo de la terapia no fue la única barrera, sino que el mismo grado de especialización implica que los terapeutas tengan una agenda más limitada y menor disponibilidad de espacio y horario (ver Tabla 4).

Tabla 4. Dificultades relacionadas a variables de la rutina y vida cotidiana.

<i>Dificultades relacionadas a la accesibilidad</i>	n	%
“La psicoterapia por videollamada facilitó la accesibilidad”.	13	65
Dificultad de coincidir en espacios por la alta demanda del servicio.	12	60
Dificultad de coincidir en espacios y horario con el especialista.	10	50
Escasez de especialistas cercanos a mi localidad.	18	90
Experimentar distancias largas para la atención.	15	75
Problemas físicos de movilidad/ Discapacidad.	1	5

Nota: Cada participante (N=20) brindó diversas respuestas

Se presentan algunos testimonios:

- *Julietta, 35 años: “Antes como todo era presencial me fue difícil, sobre todo para encontrar a alguien que supiera de TOC, actualmente que tomé mi terapia pude*

encontrar más opciones y hay más gente que sabe, además me costó menos en línea, en distancia, horarios y costo”.

- *Lorena, 48 años: “Estuve con una psicóloga que no sabía de TOC, con ella no tuve problema con las sesiones, pero cuando busqué a alguien que sí sabía de TOC al inicio no coincidimos en días ya que no tenía espacios disponibles y no teníamos un día fijo, pero después el psicólogo pudo hacerme un espacio en específico y nos pusimos de acuerdo en un día”.*

Aquellos que han acudido o acuden a instancias públicas, han presentado dificultad de encontrar disponibilidad de horarios para la atención debido a la alta demanda de los servicios y la poca disponibilidad de profesionales de salud mental, teniendo prolongadas listas de espera, sin posibilidad de elegir un horario o no poder cambiar o reagendar dichas consultas.

- *Daniela, 21 años: “En el hospital público no hay cambios de cita por ser institución del gobierno, ya que es un no rotundo, que el hospital tiene carencias, pero intentan hacer lo mejor para los pacientes, en cambio el “hospital central” tiene más recursos, pero están saturados y tienen mucha gente que atender”.*
- *Jair, 21 años: “Con los psiquiatras es más lo de esperar cita, sobre todo en el hospital público, la atención es cada dos meses, pero luego te atienden rápido porque hay más personas.*

Dificultades relacionadas al traslado y transporte

Para algunos participantes la variable de acudir presencialmente debido a las largas distancias a recorrer fue una barrera, sobre todo previo a la pandemia, por lo que la modalidad en línea facilitó esta cuestión teniendo mayor acceso a una primera consulta. De igual forma, realizar traslados fue una dificultad que incrementó el riesgo de continuar el proceso, por lo que adicionalmente tomar la terapia en línea aminoró el impacto en el aspecto económico ya que en esta modalidad suelen tener un precio menor al promedio o reduciendo gastos de traslado. Se presenta el siguiente testimonio:

- *Ezequiel, 25 años: “Mi familia me apoyaba a trasladarme, alguna vez tuve consultas en línea, si las terapias fueran más lejos de donde vivo si tuviese problemas para moverme y tal vez no podría ir, con quien voy actualmente no es especialista en TOC, pero ya*

después que tomé terapia especializada, prefiero que la terapia sea presencial, pero no tendría problema con iniciar un proceso en línea”.

- *Alicia, 22 años: “Trasladarse a donde me encuentro es complicado, ya que implica un gasto de tiempo y de dinero, entonces tomar terapia en línea me ayudó en esto”.*

Dificultad económica para iniciar o continuar el tratamiento

De igual forma se identifican las dificultades para continuar el proceso de tratamiento de inicio a fin por tener un presupuesto ajustado, tener que pagar consultas psiquiátricas y los fármacos que recetan, así como otros gastos fijos y/o personales de las actividades cotidianas, tal como se refiere en la tabla 5 y en los discursos siguientes.

Tabla 5. Costo del tratamiento cómo factor para iniciar tratamiento especializado.

<i>Factor económico en las decisiones del tratamiento</i>	n	%
“Fue un factor determinante para elegir tomar el tratamiento”.	17	85
Recibir tratamiento no especializado con un costo menor.	16	80
No concluir el tratamiento por dejar de recibir apoyo económico.	13	40
“No fue un factor determinante para elegir tomar el tratamiento”.	3	15

Nota: Cada participante (N=20) brindó diversas respuestas

- *Zahir, 22 años: “La parte económica ha sido la principal dificultad, mis papás me dan 1000 pesos a la semana, no me alcanza para otra cosa, la carrera que estudio requiere comprar varios materiales. Hace tiempo cuando vivía con mis papás si se pagaron inicialmente, pero después no pudieron seguir pagando”.*
- *Nancy, 24 años: “Fue de las razones principales, incluso siento que tardé más en buscar a alguien más especializado porque el psicoterapeuta con el que iba antes cobraba económico y sentía que si alguien me cobrara un precio más alto, por ser especializado en TOC, pensé que no me alcanzaría”.*

En diversos casos, los pacientes a lo largo del proceso reciben o han recibido apoyo económico por parte de otros familiares o parejas, quienes ayudan a solventar el gasto de las consultas, lo que en ocasiones no ha permitido seguir apoyando a su ser para cubrir totalmente el tratamiento de inicio a fin. A continuación, la presente narración:

- *Daniela, 39 años: "A mi esposo le redujeron el salario y empecé a postergar las sesiones y me preocupé ya que sabía que no iba a poder tener ingresos para pagar la atención, la única persona que encontré para ayudarme es el psicólogo del Hospital público, pero no es especialista en TOC".*
- *Leonor, 36 años: "Al inicio mi esposo me apoyó, eso no fue lo difícil, sino que después para continuar no pude por gastos de la casa y mis hijas".*

Diversos participantes mencionaron que la mayoría de los especialistas enfocados en TOC, con una formación extensa en este trastorno, además de ser escasos, tenían un costo muy superior al promedio, lo que representó un problema para acudir a las sesiones o adquirir los fármacos.

- *Leslie, 24 años: "Ha sido agobiante, tenía que pedirle desde un inicio a mi papá para la consulta, busqué ayuda y pregunté en una clínica especializada en TOC, pero por lo mismo era mucho lo que tenía que pagar, no me alcanzaba y por lo tanto no pude seguir".*

Discusión

Los resultados obtenidos permiten visibilizar un panorama complejo y multifactorial respecto a las barreras que enfrentan las personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en el proceso de diagnóstico y atención especializada. A partir de las narrativas de los participantes, se identifican obstáculos estructurales, profesionales, económicos, sociales y personales que dificultan el acceso y continuidad del tratamiento adecuado.

Los hallazgos de este estudio revelan un conjunto amplio y persistente de barreras que dificultan el diagnóstico oportuno y el tratamiento especializado del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) en México. Aunque existen tratamientos eficaces y bien establecidos, como la terapia cognitivo-conductual con exposición y prevención de respuesta (EPR), gran parte de los participantes refirió haber recibido diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados en sus primeros contactos con servicios de salud mental (Lack y Ochoa-

Panaifo, 2024; Katz et al., 2020). Esta situación sugiere una limitada preparación de los profesionales en el reconocimiento clínico del TOC, lo cual retrasa la atención efectiva y genera experiencias terapéuticas frustrantes.

Uno de los patrones más consistentes fue el inicio temprano de los síntomas, con manifestaciones durante la infancia o adolescencia. No obstante, la mayoría de los entrevistados no fue diagnosticada sino hasta años después. Este retraso coincide con lo reportado por estudios previos (Navarro-Mancilla et al., 2011; Carmi et al., 2022), y subraya la necesidad de fortalecer la detección temprana en contextos escolares y servicios de salud primaria.

Además de las barreras clínicas, los datos obtenidos evidencian obstáculos estructurales y económicos que afectan el acceso al tratamiento. Entre 2016 y 2023, el presupuesto destinado a salud mental en México se mantuvo entre el 1.3 % y el 1.6 % del gasto total en salud, cifra considerablemente inferior a la recomendación internacional del 5 % (CIEP, 2023). Esta carencia de recursos, sumada a los altos niveles de pobreza (36.3 % en 2022, según CONEVAL), limita el acceso a servicios especializados y a tratamientos prolongados, situación especialmente crítica en zonas rurales o marginadas.

En cuanto al primer contacto con profesionales de salud mental, los testimonios muestran que la falta de diagnóstico y la ausencia de una canalización oportuna derivaron no solo en tratamientos ineficaces, sino también en experiencias de incomprendión, juicio o crítica. Estos aspectos pueden explicarse por la escasa formación especializada en TOC tanto en psicología como en psiquiatría, así como por la falta de oferta de capacitación extracurricular (Rasmussen, citado en Navarro-Mancilla et al., 2011). La ausencia de sensibilidad clínica y el desconocimiento del trastorno incrementan el riesgo de generar efectos iatrogénicos y profundizan el estigma que rodea al TOC.

Si bien el uso de modalidades en línea se ha incrementado, particularmente a partir de la pandemia por COVID-19 (Maye et al., 2022), los participantes refirieron limitaciones específicas, como la falta de un espacio privado, la incomodidad en el entorno doméstico y problemas tecnológicos. Aunque la terapia remota puede reducir barreras de movilidad, no elimina por completo los obstáculos para una atención eficaz (Feusner et al., 2022).

Entre las barreras previas a la búsqueda de atención, destacaron el temor a ser juzgados, la incertidumbre sobre a quién acudir y las dificultades económicas. Estas

condiciones, además de retrasar el inicio del tratamiento, pueden también interrumpir o impedir su continuidad. Como señalan Katz et al. (2020), es común que las personas con TOC no concluyan el proceso terapéutico, situación que requiere mayor indagación desde una perspectiva centrada en la experiencia del usuario.

Por último, es importante destacar el impacto del estigma social y clínico en las trayectorias terapéuticas. Los testimonios recogidos evidencian cómo la falta de información sobre el TOC, tanto entre pacientes como en su entorno, favorece creencias erróneas sobre la naturaleza del trastorno y obstaculiza su tratamiento. La ausencia de una conceptualización diagnóstica clara y la carencia de psicoeducación adecuada perpetúan el malestar, refuerzan las comorbilidades asociadas y reducen la adherencia a los tratamientos.

Referencias Bibliográficas

- Abramowitz, J. S., y Jacoby, R. J. (2015). *Obsessive-compulsive disorder in adults*. Hogrefe Publishing.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S. y McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, 491-499. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Virginia, USA: American Psychiatric Publishing.
- Berenzon Gorn, S., Saavedra Solano, N., Medina-Mora Icaza, M.E., Aparicio Basaurí, V. y Galván Reyes, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev. Panam Salud Publica*, 33(4):252-8
- Caraveo-Anduaga, J.J. y Colmenares-Bermúdez, E. (2004). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Mexico City. *Salud Mental*, 27(2), 1-6.
- Carmi, L., Brakoulias, V., Arush, O.B., Cohen, H. y Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and tics in families of patients with OCD. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03807-4>
- CIEP. Presupuesto para salud mental: *Un Derecho Humano Universal*. (2023). 24 de agosto del 2024 a través de: <https://ciep.mx/presupuesto-para-salud-mental-un-derecho-humano-universal/>
- CONEVAL. *Pobreza en México*. (2024). 24 de agosto de 2024 a través del siguiente enlace: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.
- Costa, D.L.D.C, de Campos, A.P., Pereira, C.A.B., Torres, A.R., Dos Santos, A.C. y Requena, G. (2022). Latency to treatment seeking in patients with obsessive-

- compulsive disorder: results from a large multicenter clinical sample. *Psychiatry Research* 312. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114567.
- Cotrino, J., Gomez-Mejia, I.A., Mendoza- Rincon, B.M., Arenas-Villamizar, V.V., Araque-Castellanos, F., Jaimes-Parada, G.Y., López-Jaimes, R.J. y Julio-Hoyos, Y.E. (2020). Psicoterapia basada en la evidencia en caso de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. *AVFT Archivos Venezolanos de farmacología y Terapéutica*; 39(8): 1012-1025. DOI: 10.5281/zenodo.4545855
- El Economista. (2019). *México es deficitario en cuidar La Salud mental*. 24 de agosto de 2024 a través de: <https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Mexico-es-deficitario-en-cuidar-la-salud-mental-20190409-0163.html>
- Feusner, J.D., Farrell, N.R., Kreyling, J., McGrath, P.B., Rhode, A., Faneuff, T., Lonsway, S., Mohideen, R., Jurich, J.E., Trusky, L. y Smith, S.M. (2022). Online Video Teletherapy Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Using Exposure and Response Prevention: Clinical Outcomes From a Retrospective Longitudinal Observational Study. *J Med Internet Res*. May 19;24(5): 36431. DOI:10.2196/36431.
- Foa, E. B., Yadin, E., y Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Glazier, K., Swing, M., y McGinn, L. K. (2015). Half of obsessive-compulsive disorder cases misdiagnosed: Vignette-based survey of primary care physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), e761-e767. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09110>
- Hirmas A.M., Poffald A.L., Jasmen S.A.M., Aguilera S.X., Delgado B.I. y Vega M.J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*, 33(3):223-9.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). *La Punta del Iceberg*. 16 de agosto del 2024 a través de: <https://www.gob.mx/imss/articulos/la-punta-del-iceberg?idiom=es>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). *Población*. 24 de agosto de 2024 a través de: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- International OCD Foundation. (2024). *Encontrar ayuda*. 24 de agosto del 2024: https://iocdf.org/es/encontrar-ayuda/?_provider_proximity=23.634501%2C-102.552784%2C700%2CMexico
- Katz, J.A., Rufina, KA., Werner, C., McIngvale, E. y Storch, E. A. (2020). OCD in Ethnic Minorities. *Clin Exp Psychol*, 6(1), 01-06.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organization*; 82(11):858-66.
- Kotapati VP, Khan AM, Dar S, Begum G, Bachu R, Adnan M, Zubair A y Ahmed RA (2019) The Effectiveness of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescents and Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 10:523. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00523

- Kozak, M. J., y Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder a cognitive-behavioral approach: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Krippendorff, K. (2019). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (4th ed.). SAGE Publications.
- Lack, C.W. y Ochoa-Panaifo, M.E. (2024). *Trastorno Obsesivo Compulsivo: Etiología, Fenomenología y Tratamiento*. Onus Books.
- Lack, C.W. (2012). Obsessive-compulsive disorder: Evidence-based treatments and future directions for research. *World J Psychiatr*, 2(6), 86-90. DOI:10.5498/wjp.v2.i6.86
- Ladouceur, R., Rheaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., y Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 179–187. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.2.179>
- Marques, L., LeBlanc, N.C., Weingarden, H.M., Timpano, K.R., Jenike, M. y Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(5), 470–475. doi:10.1002/da.20694.
- Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., Tapia, E., Lips, W. y Yang, L.H. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Braz J Psychiatry*, Mar;38(1):73-85. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1652. PMID: 27111703; PMCID: PMC7115468.
- Maye, C.E., Wojcik, K.D., Candelari, A.E., Goodman, W.K. y Storch, E.A. (2022). Obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic: A brief review of course, psychological assessment and treatment considerations. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2022 Apr;33:100722. doi: 10.1016/j.jocrd.2022.100722.
- Navarro-Mancilla, Á. A., Rueda-Jaimes, G. E., Camacho López, P. A., Franco López, J. A., Escobar Sánchez, M., y Díaz-Martínez, L. A. (2011). Prevalencia de trastorno obsesivo compulsivo en adolescentes colombianos y su asociación con la doble condición de trabajo y estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2), 279-288.
- Perez, O., Olson, T., y Horton, K. (2007). Trastorno obsesivo compulsivo en la frontera México-Estados Unidos. *La Revista Científica Electrónica de Psicología ICSa-UAEH*, 3, 238-250.
- Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E., y Rasmussen, S. A. (2006). The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 703–711.
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington DC, USA: Pan American Health Organization.
- Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J. y Martínez-Taboas, A. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20(1), 7-32.

- Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T., y Kessler, R.C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63.
- Salcedo, M., Vásquez, R., y Calvo G. M. (2011). Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 131-144.
- Secretaría de Salud. (2023). México cuenta con más de 350 mil profesionales de la psicología, gob.mx. 24 de agosto de 2024 a través de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/133-mexico-cuenta-con-mas-de-350-mil-profesionales-de-la-psicologia>
- Selles R.R., La Buissonni`ere A.V., McBride N.M., Dammann J., Whiteside S. y Storch E.A. (2017). Initial Psychometrics, Outcomes, and Correlates of the Repetitive Body Focused Behavior Scale: Examination in a Sample of Youth with Anxiety and/or Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, DOI: 10.1016/j.comppsych.2017.11.00
- Selles, R.R., Storch, E.A. y Lewin, A.B. (2014). Variations in Symptom Prevalence and Clinical Correlates in Younger Versus Older Youth with Obsessive–Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev* 45, 666–674. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0435-9>
- Stahnke, B. (2021). A systematic review of misdiagnosis in those with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100231. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100231>
- Storch, E. A., Abramowitz, J. S., y McKay, D. (2022). *Complexities in obsessive compulsive and related disorders: Advances in conceptualization and treatment*. Oxford University Press.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2): 295-303.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S.M. y Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 108, 1-9. DOI:10.1016/j.brat.2018.06.005
- Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, K.A., Voderholzer, U., Hohagen, F., y Zurowski, B., 2010. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognized disorder: a study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *Eur. Psychiatry* 25 (7), 374–377. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.003>
- Wang, P.S., Angermeyer, M., Borges, G., Bruffaerts, R., Tat Chiu, W., DE Girolamo G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Brown, M.A., Ormel, J.H., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Chatterji, S. y Ustün, T.B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, Oct;6(3):177-85. PMID: 18188443; PMCID: PMC2174579.

Williams, M., Powers, M.B. y Foa, E.B. (2012). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, (2), 313-335.