

Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano

Demographic and symptomatological profile of patients in a Mexican psychotherapy center

Carlos David de la Garza Tolentino¹,
Patricia del Carmen Mendoza Cabañas², Juan Carlos Ocampo Alvarado³,
Fernando Iván Leija Banda³ y Ana Karen Espinosa Becerra³

Departamento de Investigación de Psicología Preventiva y Psicoterapia, A.C.¹
Departamento de Evaluación e Investigación Psicológica
de Psicología Preventiva y Psicoterapia, A.C.²
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey³

Autor para correspondencia: Carlos D. de la Garza T., carlosdelagarzat@gmail.com.

RESUMEN

La información respecto a las personas atendidas en contextos clínicos es escasa; apenas se conocen sus características demográficas, sintomatología y demandas. Tal información es crucial para informar las decisiones operativas de los centros psicológicos, guiar la formación continua de los psicoterapeutas y dirigir el desarrollo de iniciativas clínicas centradas en el paciente. Así, el objetivo del presente estudio fue analizar el perfil demográfico y sintomatológico de los pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano, para lo cual se administró un cuestionario demográfico breve y el Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R) a 100 pacientes de primer ingreso con edad promedio de 30.42 ± 9.69 años, de los cuales 58% eran mujeres. El instrumento psicométrico reveló índices de confiabilidad y validez adecuados, y todas sus dimensiones correlacionaron entre sí, salvo tres pares. Las dimensiones sintomatológicas más altas en promedio fueron la obsesión-compulsión, la depresión y el psicoticismo. Se encontraron diferencias significativas por género, siendo las mujeres quienes obtuvieron las mayores puntuaciones en tres dimensiones, y predictores para todas las escalas, excepto dos. Con base en los resultados, se propone recolectar permanentemente información sintomatológica de los pacientes a partir del SCL-90-R; priorizar la formación continua en el tratamiento de los problemas prevalentes en la adultez temprana y la sintomatología psicótica y depresiva, y dirigir los esfuerzos de captación de clientela hacia las mujeres adultas jóvenes.

Palabras clave: Psicoterapia; Sintomatología; Perfil demográfico; SCL-90-R.

ABSTRACT

Socio-demographic (SD) information regarding attendees in clinical settings is scarce. Their SD characteristics, symptoms and demands are seldomly known. This information can be crucial as basis for operational decisions in centers providing clinical services. Such data would help guide

¹ (PSIPRE) Calle Loma Larga 2524, Obispado, 64060 Monterrey, México, correo electrónico: carlosdelagarzat@gmail.com.

² Calle Loma Larga 2524, Obispado, 64060 Monterrey, México, correo electrónico: mpp.patriciamendoza@gmail.com.

³ Psicología Clínica y de la Salud, Av. Eugenio Garza Sada 2501 Sur, Tecnológico, 64849 Monterrey, México, correos electrónicos: juan.ocampo01@cu.ucsg.edu.ec, a01195132@itesm.mx y a01206084@itesm.mx.

training of psychotherapists, and direct the development of patient-centered clinical initiatives. The objective of the present study was to examine the demographic and symptomatic profile of patients in a Mexican psychotherapy center. A short demographic questionnaire and the Symptom Checklist-90 Revised were administered to 100 first-time patients. Fifty-eight percent of participants were women and had a total average age of 30.42 ±9.69 years. The scales yielded adequate validity and reliability values. All but three dimensions correlated with each other. The highest average of symptomatic dimensions included obsession-compulsion, depression, and psychoticism. Data revealed significant differences by gender with women reporting higher scores on three dimensions, and predictors for all but two scales. These results strongly suggest that centers should continuously collect symptomatic information on patients. The SCL-90-R can be used to prioritize continuous training in the treatment of problems prevalent in early adulthood and psychotic and depressive symptomatology. Also such data would be useful at directing client intervention efforts toward young female adults.

Keywords: Psychotherapy; Symptomatology; Demographic profile; SCL-90-R.

Recibido: 17/12/2019

Aceptado: 11/06/2020

Se calcula que en México 17% de la población adulta padece uno o más trastornos, y que un cuarto de la población padecerá al menos uno en su vida (Rentería, 2018). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia, 2015), 18% de la población urbana en edad productiva sufre algún trastorno del estado de ánimo en ese país, como ansiedad, depresión o fobias; además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadoras y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos (Foro Consultivo, Científico y Tecnológico de la Oficina de Información Científica y Tecnológica, 2018). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) ((Medina-Mora *et al.*, 2003) ya reportaba en ese año que 28.6% de la población padecía por lo menos un trastorno correspondiente al CIE-10 en su periodo vital, y la misma encuesta también indica que solo una

de cada cinco personas que padecen un trastorno recibe tratamiento. De los Santos y Carmona (2018), a su vez, afirman que 17.3% de los mexicanos manifiestan sintomatología depresiva. Más aún, en países como México se estima que la brecha de tratamiento en trastornos mentales graves es de hasta 80% (Díaz *et al.*, 2019).

En México la cobertura para la atención de los problemas en salud mental es igualmente escasa; por ejemplo, en 2012 se reportó que el número de psiquiatras era de 3,823, esto es, una tasa de 3.47 por cada 100 mil habitantes (Vargas y Villamil, 2016). Este fenómeno, al igual que la pobre adherencia terapéutica y la ineffectividad del tratamiento, no son exclusivos del contexto mexicano (McAleavey *et al.*, 2017; Vaughan y Ochoa, 2016).

Debido a ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó no solo ampliar la cobertura sino mejorar los servicios de salud mental existentes, considerando el contexto y las circunstancias locales de la población objetivo (cf. Rentería, 2018). Tal lineamiento fue recogido en el último Programa de Acción Específico en Salud Mental del país (Secretaría de Salud, 2014), el cual propone potenciar los servicios estableciendo prioridades para la capacitación y entrenamiento de recursos humanos. Concedido lo expuesto, es menester que los profesionales y las organizaciones públicas y privadas de salud mental acaten las recomendaciones internacionales y los objetivos federales.

Para ello, siguiendo el adagio de las ciencias administrativas que afirma que “lo que no se mide no se puede mejorar” (Yanagawa, Ouzounian y Kaneko, 2019), es imprescindible conocer, en especial, a las personas que reciben el servicio. No obstante, las investigaciones hechas en esta dirección son insuficientes (Campodónico, 2018; Salaberria, Polo, Ruiz, Cruz y Echeburúa, 2016; Tejedo, 2019). En efecto, Labrador, Estupiñá y García (2010) advierten la falta de datos sobre la práctica psicoterapéutica, especialmente en el contexto clínico en oposición al investigativo: apenas hay información sobre las características demográficas, demandas, sintomatología y tipo de pacientes atendidos.

Este conocimiento es de sumo interés para los actores de la salud mental en el contexto mexicano. Las instituciones psicoterapéuticas podrían tomar en consideración la mencionada limitación para orientar de una mejor manera, con una visión centrada en el paciente, sus decisiones operativas y administrativas. Asimismo, podrían guiar la formación continua de los profesionistas con miras a una mejor especialización sobre los cuadros más comunes de la población específica a la que atienden. Por último, sería beneficioso para el diseño de acciones efectivas e iniciativas innovadoras que, en última instancia, nutran la praxis y favorezcan a los pacientes. Con base en lo expuesto, el objetivo de este estudio fue analizar el perfil demográfico y sintomatológico de los pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano.

En pos de tal objetivo es imprescindible disponer de un instrumento que facilite la exploración sintomatológica de la población con la que se trabaja. Aunque existe una miríada de escalas para la tarea, no todas poseen las características efectivas para poder ser aplicadas en el contexto real sobre el que se trabaja. Por su facilidad de aplicación, rapidez de respuesta y otras cualidades, sobresale el Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R), de Derogatis (1977) (cf. también Derogatis, 1994, 2002). Es el último y más refinado producto de un largo linaje de escalas psicométricas, entre las que sobresale el Cornell Medical Index (1949) y el Hopkins Symptom Checklist, elaborada en los años cincuenta en la universidad homónima. Esta historicidad le ha permitido recoger y superar las deficiencias y limitaciones de sus precursoras, que fueron los primeros instrumentos elaborados para la valoración general del malestar psicológico y psicosomático.

El SCL-90-R es una propuesta de medición actualizada y más eficiente que las mencionadas. Ha sido empleado en varios países para examinar poblaciones generales y clínicas (Carrozzino *et al.*, 2016; Derogatis, 1994; Sereda y Dembitskyi, 2016; Urbán, Arrindell, Demetrovics, Unoka y Timman, 2016). Esto incluye muestras argentinas, chilenas, colombianas y mexicanas (Casullo y Castro, 1999; Cruz, López, Blas, González y Chávez, 2005; Gempp y Avendaño, 2008; Ponce, 2015;

Vargas y Londoño, 2016), y se le ha empleado para abordar múltiples preguntas de investigación. Lee, Allen, Black, Zanarini y Schulz (2016) lo usaron para examinar el impacto de la quetapina en pacientes con trastorno límite de la personalidad; otros lo aplicaron para esclarecer la relación entre el malestar psicológico y las recaídas en el alcoholismo (Engel *et al.*, 2016), y también ha sido aprovechado para explorar el bienestar de médicos, adolescentes y estudiantes (Carrozzino, Siri y Bech, 2019; Dai *et al.*, 2015; Yang, Choe, Baity, Lee y Cho, 2005). En definitiva, las bondades de la prueba le brindan una versatilidad que aborda un amplio abanico de situaciones y, por ende, puede ser adaptado al diseño investigativo de varias iniciativas.

Según la clasificación de diseños de investigación psicológica propuesta por Ato, López y Benavente (2013), el presente estudio fue de tipo empírico, transversal y descriptivo-selectivo, ya que hay un abordaje real de un problema particular con el fin de describir los hechos tal y como ocurren en su ambiente real, sin recurrir a la manipulación de las variables, y empleando la técnica de autoinforme en una muestra específica. Según el análisis propuesto por Martínez (2011), dicha orientación metodológica de levantamiento de datos representa una oportunidad para explicar y elaborar teorías en las que elementos intangibles desempeñan un papel determinante.

MÉTODO

Participantes

Descripción del centro. El Centro Psicoterapéutico PSIPRE es una sociedad civil constituida en 2003 con dirección fiscal en la ciudad de Monterrey (México). Su objetivo es favorecer la calidad de vida emocional de las personas, parejas y familias mediante herramientas tales como servicios psicoterapéuticos, talleres, conferencias y medios de comunicación, y su equipo de trabajo está conformado por trece terapeutas. Es un centro abierto al público en general que admite todo tipo de pacientes. Previamente al inicio de este estudio,

el centro recolectaba exclusivamente información de contacto de sus atendidos: nombre, número telefónico y correo electrónico.

Descripción de los pacientes. En el estudio participaron 100 pacientes de primer ingreso admitidos en el centro, mujeres en su mayoría, cuyas edades oscilaban entre 18 y 57 años ($M = 30.42$; $D.E. = 9.69$). De ellos, 47% era del municipio de Monterrey, mientras que la fracción restante pertenecía a municipios aledaños, como Guadalupe, Escobedo y Santa Catarina. Por último, 21% de los evaluados estuvo constituido por estudiantes y habiendo representación de muchas otras disciplinas, como abogacía o arquitectura, por ejemplo. La Tabla 1 resume parte del perfil demográfico de los participantes.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra.

Característica	F (%)
<i>Género</i>	
Femenino	58 (58)
Masculino	42 (42)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	54 (54)
Casado	34 (34)
Otro	12 (12)
<i>Intervalos de edad</i>	
18-23	26 (26)
24-29	27 (27)
20-35	21 (21)
36-41	9 (9)
42-47	8 (8)
48-52	7 (7)
53 o más	2 (2)

Instrumentos

Cuestionario demográfico breve. Se empleó un cuestionario breve para recabar la información demográfica del paciente, incluyendo género, edad, estado civil, municipio de residencia y labor, tomando en cuenta las recomendaciones de Rubin, Dolev y Zilcha-Mano (2018).

Symptom Checklist-90 Revised (Derogatis (1977).

Se utilizó la adaptación al español desarrollada por Casullo y Castro (1999). El SCL-90-R sirve para evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos en población clínica y no clínica. Está compuesto por 90 reactivos referidos a la sintomatología de nueve malestares psicológicos o dimensiones sintomáticas: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI). Además, el instrumento reporta un índice global de severidad (IGS), que es una medida general de la intensidad del sufrimiento psicológico y psicósomático; el total de síntomas positivos (TSP), una medida de la amplitud y diversidad de la psicopatología, y el índice de distrés de síntomas positivos (IDSP), que es un indicador de la intensidad sintomática media. Los ítems se responden en una escala de tipo Likert de cuatro puntos según la intensidad del síntoma: desde la ausencia total (0), hasta la máxima intensidad (4).

Procedimiento

La obtención de datos se llevó a cabo a lo largo de seis meses por personal del centro y como parte del servicio para brindar al psicoterapeuta un indicador inicial del malestar del paciente. Como criterios de inclusión se estableció que fuesen pacientes adultos y que accedieran a firmar el acuerdo de consentimiento informado. Respecto a las consideraciones éticas, el presente estudio cumplió el criterio segundo del subapartado D del Código de Regulaciones Federales (Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, e Institutos Nacionales de Salud y Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación, 1991) en cuanto que incluye procedimientos de encuesta en los que la información recabada no puede ser directa o indirectamente vinculada a los sujetos. Además, siguiendo los lineamientos internacionales de ética en la experimentación con seres humanos, los participantes fueron informados del objetivo de la investigación, del anonimato de su participación, la confidencialidad de sus respuestas y la posibilidad

de retirar su consentimiento sin represalia alguna. Los cuestionarios fueron aplicados durante la primera visita del paciente, dentro de las instalaciones del centro y antes del inicio de la sesión. El tiempo de respuesta osciló entre diez y quince minutos. Después, las pruebas fueron calificadas por los propios autores y por un grupo de voluntarios capacitados en la metodología de revisión. El índice global de severidad (IGS), el total de síntomas positivos (TSP) y el índice de distrés de los síntomas positivos (IDSP) fueron computados empleando los baremos de la versión en español de la prueba.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico IBM SPSS, v. 20. Antes de iniciar los procedimientos estadísticos, se exploraron manualmente los registros con el propósito de identificar la información faltante, misma que fue sustituida por el valor nulo a fin de no afectar la calificación del instrumento. A continuación, se evaluó la confiabilidad del instrumento a través de medidas de consistencia interna, para lo cual se emplearon tres mediciones: el coeficiente alfa de Cronbach, que evalúa la consistencia interna del cuestionario, esto es, el nivel de relación entre los reactivos de una misma escala; la correlación entre reactivos, que evalúa la homogeneidad de los reactivos con el fin de verificar si hay concordancia o redundancia en su medición, y la correlación reactivo-total, que revisa si los resultados de cada reactivo son consistentes con los de la totalidad de la escala sin el mismo.

A continuación, se evaluó la validez interna del instrumento. Considerando el tamaño de la muestra ($n = 100$) con relación al número de variables medidas ($x = 90$), se consideró que no sería apropiado llevar a cabo un análisis factorial exploratorio de la completitud del cuestionario, por lo que se optó por realizar el mismo procedimiento en cada una de las escalas tras el examen individual de la adecuación de la muestra mediante el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. El objetivo del

procedimiento de análisis factorial exploratorio fue probar la hipótesis de unidimensionalidad, es decir, el grado en el que el conjunto de reactivos de cada escala mide en mayor proporción un solo constructo latente. Hecho lo anterior, se hizo un análisis descriptivo de los resultados obtenidos y se examinaron las diferencias entre las muestras según su género. Por último, se desarrollaron nueve modelos predictivos por la técnica de análisis de regresión múltiple con la finalidad de explorar más a fondo los correlatos entre las variables de estudio.

RESULTADOS

Confiabilidad y validez

Se evaluó la confiabilidad del instrumento por escalas. Todas presentaron coeficientes alfa de Cronbach en el rango de aceptable ($>.70$) o superior, según los umbrales convencionales detallados por Cortina (1993). Esto sugiere que las escalas presentan una consistencia interna adecuada entre los ítems que las componen. Hay que señalar, que después se computaron las correlaciones inter-reactivo para cada reactivo. En la misma línea, la media de la correlación inter-reactivo se mantuvo en el rango recomendado ($.40 > r_{i-r} > .20$), salvo en dos escalas; lo cual indica que, aunque los ítems son homogéneos, hay suficiente variación entre ellos para que no sean redundantes o isomórficos (Piedmont, 2014). Por último, las correlaciones reactivo-total oscilaron en un rango aceptable ($>.20$), salvo en una escala. Este último estadístico señala que las variables por escala se comportan de forma similar, lo que sugiere un grado saludable de paridad. Los resultados indican que el instrumento utilizado fue suficientemente confiable y, por lo tanto, produce resultados similares en condiciones consistentes.

Asimismo, se examinó la validez interna del instrumento. Todas las escalas reportaron un índice de Kaiser-Meyer-Olkin suficiente ($>.70$) y una prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < .001$), lo que indica que los datos son aptos

para proceder a un análisis factorial. Siguiendo las recomendaciones de Osborne (2014), se decidió por el método de extracción de factorización de los ejes principales con una rotación oblicua promax. Todas las escalas agruparon en un primer factor más de 40% de su varianza, salvo la escala PSI (36.333%). Sobre esto último, Pedersen, Urnes, Kvarstein y Karterud (2016) han encontrado que la misma responde a un constructo heterogéneo. No obstante, los hallazgos sugieren que el resto de las escalas del instrumento son mayormente unidimensionales, es decir, que miden un factor latente. La Tabla 2 resume los resultados de confiabilidad y validez de la escala.

Tabla 2. Confiabilidad y validez por escala.

Escala	Número de ítems	α	ri-r	rr-t	v1 (%)
SOM	12	.87	.36	.42 – .66	41.60
OBS	10	.83	.33	.37 – .67	40.60
SI	9	.85	.38	.36 – .73	45.94
DEP	13	.91	.42	.28 – .80	48.65
ANS	10	.87	.41	.47 – .73	47.14
HOS	6	.74	.32	.27 – .61	44.57
FOB	7	.79	.35	.38 – .61	44.89
PAR	6	.76	.35	.37 – .61	46.12
PSI	10	.78	.26	.12 – .76	36.33

α : Coeficiente alfa de Cronbach estandarizado.

r_{i-r} : Correlación inter-reactivo promedio.

r_{r-t} : Rango de correlación reactivo-total.

v_1 : Porcentaje de varianza explicada por el primer factor.

Análisis descriptivo

El IGS promedio fue de 52.70 (D.E. = 20.72), el TSP de 50.35 (DS = 20.19) y el IDSP de 51.20

(D.E. = 19.86). Los promedios por subescala, ordenados de forma ascendente, oscilan entre 35 (D.E. = 27.44) de FOB hasta 61.17 (D.E. = 20.18) de OBS. La asimetría y curtosis de las subescalas se mantuvo en el rango ± 2 . La Tabla 3 resume la información descriptiva por escala. Todas las subescalas correlacionaron significativamente entre ellas, a excepción de tres pares, y todas las correlaciones significativas halladas son positivas, la mayoría débiles ($.39 > r > .20$) o moderadas ($.59 > r > .40$), y solo una es fuerte ($.79 > r > .60$), según Evans (1996). Esto podría sugerir una baja validez discriminante, como la reportada por Ardakani *et al.* (2016).

Tabla 3. Estadísticas descriptivas por escala.

Variable	Rango	M	D.E.	γ_1	γ_2
<i>Índice</i>					
IGS	5 – 95	52.70	20.72	-.13	-.87
TSP	6 – 88	50.35	20.19	-.23	-.66
IDSP	5 – 95	51.20	19.86	-.04	-.21
<i>Escala</i>					
SOM	5 – 97	42.12	25.50	.39	-.94
OBS	15 – 95	61.17	20.18	-.43	-.19
SI	5 – 90	52.70	25.38	-.46	-.98
DEP	5 – 95	57.80	22.60	-.56	-.40
ANS	5 – 97	50.02	24.29	-.12	-1.05
HOS	5 – 90	48.75	24.88	-.34	-.84
FOB	5 – 90	35.00	27.44	.39	-1.13
PAR	5 – 90	53.00	27.45	-.60	-.92
PSI	5 – 97	58.82	26.36	-.93	-.21

M: Media; D.E.: Desviación estándar; γ_1 : Asimetría; γ_2 : Curtosis.

La Tabla 4 presenta la matriz producto-momento de correlaciones entre las escalas.

Tabla 4. Matriz producto-momento.

Núm.	Escala	1	2	3	4	5	6	7	8
1	SOM								
2	OBS	.268**							
3	SI	NS	.269**						
4	DEP	.385**	.340**	.531**					
5	ANS	.460**	.370**	.272**	.482**				
6	HOS	.252*	NS	.333**	.359**	.277**			
7	FOB	.357**	.218*	.405**	.384**	.664**	.298**		
8	PAR	.281**	.208*	.599**	.323**	.322**	.423**	.349**	
9	PSI	.292**	NS	.480**	.463**	.231*	.510**	.403**	.558**

** $p < .01$; * $p < .05$

Se analizaron a continuación, las diferencias en la muestra dividida por género empleando la prueba *t* de Student para muestras independientes. Solo el índice global TSP, al igual que las escalas SI, PAR y PSI, mostraron diferencias significativas entre las muestras en los tres casos a favor de las participantes femeninas; por consiguiente, estas, en comparación con la muestra masculina, alcanzaron una media mayor en el índice y las escalas mencionadas. La Tabla 5 muestra las diferencias entre las medias de las muestras según el género.

Tabla 5. Diferencias entre medias según el género.

Escala	Género	M	D.E.	<i>t</i>
IGS	Masculino	48.81	23.24	NS
	Femenino	55.52	18.39	
TSP	Masculino	43.67	21.96	-2.82*
	Femenino	55.19	17.44	
IDSP	Masculino	52.50	22.42	NS
	Femenino	50.26	17.93	
SOM	Masculino	43.14	29.70	NS
	Femenino	41.38	22.22	
OBS	Masculino	62.19	21.83	NS
	Femenino	60.43	19.06	
SI	Masculino	43.93	26.35	-2.99*
	Femenino	59.05	22.84	
DEP	Masculino	53.93	23.62	NS
	Femenino	60.60	21.60	
ANS	Masculino	49.40	26.53	NS
	Femenino	50.47	22.77	
HOS	Masculino	43.69	27.23	NS
	Femenino	52.41	22.56	
FOB	Masculino	32.62	29.64	NS
	Femenino	36.72	25.86	
PAR	Masculino	44.76	29.40	-2.55*
	Femenino	58.97	24.51	
PSI	Masculino	52.55	30.16	NS
	Femenino	63.36	22.43	

* *p* < .05

Análisis de regresión múltiple

Por último, se comprobaron modelos para la predicción de las dimensiones sintomáticas a partir

del análisis de regresión múltiple. Las variables predictoras fueron la edad, el género y todas las dimensiones sintomáticas, salvo la examinada como variable dependiente. El Modelo 1 ($F_{10, 89} = 3.81, p < .001, R^2 = .30$) y Modelo 2 ($F_{10, 89} = 2.41, p < .05, R^2 = .21$), correspondientes a la escala de somatizaciones y obsesión-compulsión, no mostraron buenos índices de ajuste, y tampoco reportaron predictores significativos al nivel propuesto. Los modelos posteriores presentaron una adecuación aceptable ($R^2 > .30$). Las escalas de psicoticismo y depresión tuvieron la amplitud predictiva más alta, siendo predictores en cinco y cuatro modelos. Por otra parte, el mayor poder predictivo fue entre ansiedad y ansiedad fóbica.

El Modelo 3 ($F_{10, 89} = 11.10, p < .001, R^2 = .56$), cuya variable dependiente es SI, encontró tres predictores significativos, que son PAR ($\beta = .44$), DEP ($\beta = .39$) y FOB ($\beta = .25$). El Modelo 4 ($F_{10, 89} = 9.24, p < .001, R^2 = .51$), cuya variable dependiente es DEP, encontró como predictores a SI ($\beta = .43$), ANS ($\beta = .36$), PAR ($\beta = .28$) y PSI ($\beta = -.24$). El Modelo 5 ($F_{10, 89} = 13.52, p < .001, R^2 = .60$), cuya variable dependiente es ANS, reportó como predictores a FOB ($\beta = .56$), DEP ($\beta = .29$) y PSI ($\beta = -.23$). El Modelo 6 ($F_{10, 89} = 11.10, p < .001, R^2 = .56$), cuya variable dependiente es HOS, solo presentó como predictor significativo a PSI ($\beta = .34$). El Modelo 7 ($F_{10, 89} = 10.79, p < .001, R^2 = .55$), cuya variable dependiente es FOB, presentó los predictores ANS ($\beta = .64$), SI ($\beta = .26$) y PSI ($\beta = .25$). El Modelo 8 ($F_{10, 89} = 10.21, p < .001, R^2 = .53$), cuya variable dependiente es PAR, encontró tres predictores significativos, que son SI ($\beta = .46$), PSI ($\beta = .32$) y DEP ($\beta = -.23$). Por último, el Modelo 9, cuya variable dependiente es PSI, reportó la mayor cantidad de predictores significativos. Estos son PAR, DEP ($\beta = .46$), FOB ($\beta = .46$), HOS ($\beta = .46$) y ANS ($\beta = .46$). La edad y género no figuraron como predictores significativos de ninguna escala. La Tabla 6 muestra los nueve modelos de regresión lineal computados.

Tabla 6. Predictores de las dimensiones sintomáticas del SCL por análisis de regresión múltiple.

Predictores	Modelo 1 (SOM)		Modelo 2 (OBS)		Modelo 3 (SI)		Modelo 4 (DEP)		Modelo 5 (ANS)		Modelo 6 (HOS)		Modelo 7 (FOB)		Modelo 8 (PAR)		Modelo 9 (PSI)	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Edad	.06	.69	-.03	-.35	.02	.28	.02	.30	-.05	-.75	-.05	-.50	.07	.96	-.12	-1.59	-.03	-.38
Género	-.09	-.93	-.10	-1.04	.11	1.49	.03	.31	.00	.00	.06	.63	-.03	-.39	.08	1.09	.02	.23
SOM	-	-	.10	.88	-.12	-1.42	.14	1.65	.15	1.87	.04	.37	.04	.44	.11	1.28	.07	.83
OBS	.09	.88	-	-	.11	1.36	.10	1.15	.14	1.92	-.01	-.07	-.06	-.75	.02	.27	-.06	-.68
SI	-.19	-1.42	.19	1.36	-	-	.43	4.19***	-.19	-1.90	-.03	-.20	.26	2.49*	.46	4.75***	.01	.12
DEP	.21	1.65	.15	1.15	.39	4.19***	-	-	.29	3.24**	.10	.81	-.14	-1.40	-.23	-2.30*	.28	2.73**
ANS	.26	1.87	.28	1.92	-.21	-1.90	.36	3.24**	-	-	.08	.60	.64	7.09***	.20	1.74	-.28	-2.43*
HOS	.04	.37	-.01	-.07	-.02	-.20	.07	.81	.05	.60	-	-	.00	.05	.10	1.20	.24	2.84**
FOB	.06	.44	-.11	-.75	.25	2.49**	-.15	-1.40	.56	7.09***	.01	.05	-	-	-.09	-.81	.27	2.56*
PAR	.16	1.28	.04	.27	.44	4.75***	-.24	-2.30*	.17	1.74	.15	1.20	-.08	-.81	-	-	.33	3.23**
PSI	.11	.83	-.09	-.68	.01	.12	.28	2.73**	-.23	-2.43*	.34	2.84**	.25	2.56*	.32	3.23**	-	-
R ²	.30	.21	.56	.51	.60	.32	.55	.53	.51									
R ² adj.	.22	.13	.51	.45	.56	.24	.50	.48	.46									
SEE	22.51	18.88	17.86	16.69	16.15	21.70	19.46	19.76	19.44									
F10, 89	3.81***	2.41*	11.10***	9.24***	13.52***	4.10***	10.79***	10.21***	9.31***									

β : Coeficiente estandarizado beta; R²: coeficiente de correlación múltiple al cuadrado; R² adj.: coeficiente de correlación múltiple al cuadrado ajustado; SEE: error estándar del estimado. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

DISCUSIÓN

Todas las escalas mostraron índices de confiabilidad adecuados ($\alpha > .70$). Además, el análisis factorial exploratorio reporta un porcentaje de varianza satisfactoria en las diferentes subescalas ($v1 > .40$), salvo en la de psicoticismo. Un examen posterior señala que un reactivo de dicha escala no se comporta igual que el resto, como lo sugiere su magnitud de correlación reactivo-total ($r_{r-t} = .11$). No obstante, algunos estudios han encontrado que esta subescala puede ser problemática y, en todo caso, los presentes hallazgos abonan a ese juicio (Londoño *et al.*, 2018; Olsen, Mortensen y Bech, 2004). La alta correlación entre escalas podría indicar que el malestar psicológico, tal como lo mide el SCL-90, se estructura como un modelo unifactorial (Arrindell *et al.*, 2017; Preti, Carta y Petretto, 2019). No obstante, los análisis predictivos esclarecen las relaciones entre dimensiones, excluyendo la escala de somatización y la de obsesión-compulsión, mientras da protagonismo a la de depresión y psicoticismo. En este caso, se subraya el papel del psicoterapeuta al interpretar los resultados de la evaluación para circunscribir las posibles limitaciones del instrumento.

Respecto al perfil sociodemográfico de las pacientes de PSIPRE, se destaca que el mayor porcentaje de la clientela corresponde a las mujeres (58%), lo cual apoya los resultados de otros estudios de que las mujeres solicitan más esta clase de servicios (Bedi, Young, Davari, Springer y Kane, 2016), lo que podría vincularse a los estigmas culturales de la masculinidad, en los que ciertos ideales dominantes, como la fuerza y el estoicismo, se encuentran en contradicción directa con algunos procesos del tratamiento psicológico, como la vulnerabilidad emocional y la relación colaborativa (Seidler, Rice, Oliffe, Fogarty y Dhillon, 2017). Más allá de eso, sugiere que los esfuerzos de captación de clientes por parte del centro serían más efectivos entre la población femenina. También se halla que el estado civil más frecuente entre los participantes fue la soltería (54%) y una representación considerable de personas casadas (34%); no obstante, no se encontró una bibliografía relevante que permita desarrollar este resultado.

Un hallazgo importante es que la etapa etaria con mayor representación fue la adultez temprana en 81% de los casos. Como apunta Uriarte (2005), en la primera parte de esta etapa se juega la transición entre la adolescencia y una adultez

en la que reconquista la independencia personal, familiar y económica y se recibe la adjudicación del estatus social de adulto. Más allá, la considerable proporción de estudiantes y profesionales también amerita alguna consideración. En este sentido, ambas manifestaciones podrían guiar las decisiones administrativas sobre la educación continua de los terapeutas, y priorizar tópicos de interés o la sintomatología con alta prevalencia en el segmento poblacional con estas características. Finalmente, el municipio de residencia de los participantes puede orientar asimismo la expansión efectiva de la operación de PSIPRE en la zona metropolitana.

Hay que mencionar también, las medias encontradas en las escalas de obsesión-compulsión, depresión y psicoticismo muestran el perfil sintomatológico de la población a la que sirve PSIPRE y advierte sobre la importancia de recolectar permanentemente de información sobre la sintomatología de los pacientes al ser admitidos, para así enriquecer su valoración y tratamiento. Asimismo, explorar las diferencias por género resulta de gran utilidad para conocer la sintomatología de los miembros de los diversos segmentos del mercado al que sirve el centro. Así, las mujeres atendidas, en comparación con sus pares masculinos, padecen un mayor malestar asociado a la sensibilidad interpersonal y a la ideación paranoide. De la misma manera, muestran una mayor amplitud y diversidad de síntomas, lo que concuerda con un estudio de Martínez, Fuentes, González, de Oca y

Muñoz (2018) en el que se utilizó el mismo instrumento en participantes mexicanas. Finalmente, los modelos ensayados sugieren una vasta comorbilidad sintomatológica en los pacientes atendidos con rasgos en las dimensiones de psicoticismo y depresión, a la vez que refuerza la correlación de la díada ansiedad-ansiedad fóbica. Tales hallazgos compelen a la formación terapéutica adicional en estas tres categorías y previenen al terapeuta de una perspectiva unidimensional sobre el malestar de sus atendidos.

Una limitación importante del estudio fue el volumen de la muestra, pues impidió el análisis de la estructura factorial total del instrumento; sin embargo, cabe señalar que ese número responde a la afluencia de pacientes de nuevo ingreso admitidos por PSIPRE durante los meses señalados. Los presentes autores también reconocen que el estudio exclusivo de una muestra clínica ya implica ciertas condiciones psicométricas y que, en todo caso, sería favorable adicionar una muestra no clínica para fines comparativos. Como recomendaciones, se sugiere explorar más a fondo la validez del instrumento, e incluso adaptarlo a la población mexicana con base en una muestra demográfica representativa. Por último, se exhorta a investigadores, practicantes e instituciones concernientes a la salud mental a emprender iniciativas que busquen estrechar el existente pero frágil lazo que une la investigación y la práctica en el ámbito psicológico en el contexto mexicano.

Citación: De la Garza T., C.D., Mendoza C., P.C., Ocampo A., J.C., Leija B., F.I. y Espinosa B., A.K. (2021). Perfil demográfico y sintomatológico de pacientes de un centro psicoterapéutico mexicano. *Psicología y Salud*, 31(2), 237-247. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2692>.

REFERENCIAS

- Ardakani, A., Seghatoleslam, T., Habil, H., Jameei, F., Rashid, R., Zahirodin, A., Masjidi, A. (2016). Construct validity of Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. *Iranian Journal of Public Health*, 45(4), 451-459.
- Arrindell, W.A., Urbán, R., Carrozzino, D., Bech, P., Demetrovics, Z. y Roozen, H.G. (2017). SCL-90-R emotional distress ratings in substance use and impulse control disorders: One-factor, oblique first-order, higher-order, and bi-factor models compared. *Psychiatry Research*, 255, 173-185.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Bedi, R.P., Young, C.N., Davari, J.A., Springer, K.L. y Kane, D.P. (2016). A content analysis of gendered research in the Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 50(4), 365-383.

- Campodónico, N. (2018). Síntoma y demanda psicológica en el primer nivel de atención en la ciudad de La Plata. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 15(1), 90-100.
- Carrozzino, D., Siri, C. y Bech, P. (2019). The prevalence of psychological distress in Parkinson's disease patients: The Brief Symptom Inventory (BSI-18) versus the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R). *Program Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 88(10), 96-101.
- Carrozzino, D., Vassend, O., Bjørndal, F., Pignolo, C., Olsen, L. y Bech, P. (2016). A clinimetric analysis of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R) in general population studies (Denmark, Norway, and Italy). *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 374-379.
- Casullo, M. y Castro, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90. *Anuario de Investigaciones VII* (pp. 147-157). Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Cortina, J. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Cruz, C., López, L., Blas, C., González, L. y Chávez, R. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Checklist 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28(1), 72-81.
- Dai, Y., Zhang, B., Sun, H., Li, Z., Shen, L. y Liu, Y. (2015). Prevalence and correlates of psychological symptoms in Chinese doctors as measured with the SCL-90-R: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 38(5), 369-383.
- De los Santos P., V. y Carmona V., S.E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95-119.
- Departamento de Salubridad y Servicios Humanos, Institutos Nacionales de Salud y Oficina para la Protección de Riesgos de Investigación (1991). *Código de Regulaciones Federales, 45 C.F.R.: Protección de sujetos humanos, §46.104* [En español]. Washington, D.C.: Autores.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore, MA: Johns Hopkins University.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Adaptación castellana de la técnica. Manual*. Minnesota: National Computer Systems.
- Derogatis, L. (2002). *SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas*. Barcelona: TEA Ediciones.
- Díaz C., L., Cabello R., H., Medina-Mora, M.E., Berenzon G., S., Robles G., R. y Madrigal L., E. Á. (2019). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1), 72-79.
- Engel, K., Schaefer, M., Stickel, A., Binder, H., Heinz, A. y Richter, C. (2016). The role of psychological distress in relapse prevention of alcohol addiction. Can high scores on the SCL-90-R predict alcohol relapse? *Alcohol and Alcoholism*, 51(1), 27-31.
- Evans, J. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Foro Consultivo, Científico y Tecnológico de la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018). *Salud mental en México*. México: FCCYT.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 39-58.
- Labrador, F., Estupiñá, F. y García, M. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22(4), 619-626.
- Lee, S., Allen, J., Black, D., Zanarini, M. y Schulz, S. (2016). Quetiapine's effect on the SCL-90-R domains in patients with borderline personality disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 28(1), 4-10.
- Londoño N., H., Agudelo D., M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre D., C. y Arias, J.F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *MedUNAB*, 21(2), 45-59.
- Martínez, P. (2011). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.
- Martínez, A., Fuentes, N., González E., S., De Oca, Y. y Muñoz, M. (2018). Relación entre síntomas psicopatológicos y calidad de vida en mujeres y hombres. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 24(1), 97-113.
- McAleavey, A.A., Youn, S.J., Xiao, H., Castonguay, L.G., Hayes, J.A. y Locke, B.D. (2017). Effectiveness of routine psychotherapy: Method matters. *Psychotherapy Research*, 1-18. Doi: 10.1080/10503307.2017.1395921.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Muñoz, C.L., Benjet, C., Jaimes, J.B., Fleiz B., C. y Aguilar G., S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Olsen, L.R., Mortensen, E.L. y Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90-R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 225-229.
- Osborne, J. (2014). *Best practices in exploratory factor analysis*. Scotts Valley, CA: CreateSpace Independent Publishing.

- Pedersen, G., Urnes, O., Kvarstein, E. y Karterud, S. (2016). The three factors of the psychoticism scale of SCL-90-R. *Personality and Mental Health, 10*(3), 244-255.
- Piedmont, R. (2014). Inter-item correlations. En A. Michalos (Ed.): *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Dordrecht: Springer.
- Ponce, C. (2015). Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima metropolitana. *Liberabit, 21*(1), 153-165.
- Preti, A., Carta, M.G. y Petretto, D.R. (2019). Factor structure models of the SCL-90-R: Replicability across community samples of adolescents. *Psychiatry Research, 272*, 491-498.
- Rentería, M. (2018). *Salud mental en México*. Ciudad de México: Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión.
- Rubin, A., Dolev, T. y Zilcha-Mano, S. (2018). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 28*(5), 672-684.
- Salaberría, K., Polo L., R., Ruiz I., M., Cruz S., S. y Echeburúa, E. (2016). Análisis de la demanda en una unidad universitaria de asistencia psicológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 25*(3), 299-308.
- Secretaría de Salud (2014). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Programa de Acción Específico en Salud Mental*. México: Autor.
- Seidler, Z., Rice, S., Oliffe, J., Fogarty, A. y Dhillon, H. (2017). Men in and out of treatment for depression: strategies for improved engagement. *Australian Psychologist, 53*(5), 405-415. Doi: 10.1111/ap.12331.
- Sereda, Y. y Dembitskiy, S. (2016). Validity assessment of the Symptom Checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry, 16*(1), 300. Doi: 10.1186/s12888-016-1014-3.
- Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Tejedo, A. (2019). Condicionantes del diagnóstico en la demanda de ayuda psicológica en una unidad de atención psicológica en un campus universitario. *Revista de Psicoterapia, 30*(113), 213-237.
- Urbán, R., Arrindell, W., Demetrovics, Z., Unoka, Z. y Timman, R. (2016). Cross-cultural confirmation of bi-factor models of a symptom distress measure: Symptom Checklist -90- Revised in clinical samples. *Psychiatry Research, 239*, 265-274.
- Uriarte, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3*(1), 145-160.
- Vargas, A. y Londoño, N. (2016). Creencias asociadas al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Revista Katharsis, 21*, 111-130.
- Vargas, B. y Villamil S., V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental, 39*(1), 3-9.
- Vaughan, B. y Ochoa, E. (2016). Optimizing adherence and outcomes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 173*(5), 444-445.
- Yanagawa, B., Ouzounian, M. y Kaneko, T. (2019). Commentary: If you don't measure it, you can't improve it. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 160*(2), 469-470.
- Yang, C., Choe, B., Baity, M., Lee, J. y Cho, J. (2005). SCL-90-R and 16PF profiles of senior high school students with excessive internet use. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(7), 407-414.