XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Perfil psicopatológico de una población clínica adulta.

Daset, Lilián y Suero, Margarita.

Cita:

Daset, Lilián y Suero, Margarita (2007). *Perfil psicopatológico de una población clínica adulta. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-073/123

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/U0y

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE UNA POBLACIÓN CLÍNICA ADULTA

Daset, Lilián; Suero, Margarita
Universidad Católica del Uruguay

RESUMEN
El objetivo del presente estudio apunta a obtener un esbozo del Perfil Psicopatológico de una población clínica adulta, así como analizar el comportamiento instrumental de las técnicas empleadas, es decir, del Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90-R) (Derogatis, 2002), del Inventario para la Depresión de Beck (BDI) (Beck, 1967) y del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 1994). La muestra estudiada está conformada por 60 sujetos (48 mujeres y 12 hombres), con edades comprendidas entre 18 y 74 años, quienes concurrieron a un Centro de Atención Psicológica Inicial, de la ciudad de Montevideo, durante los años 2004 y 2005. Todos los sujetos fueron evaluados mediante el SCL-90-R, el BDI y el MCMI-III; además se recabó información de variables sociodemográficas, tales como estado civil, composición familiar, cobertura médica y motivo de consulta. Los resultados obtenidos indican que, en el Perfil Psicopatológico prevalecen las dimensiones de Depresión y Ansiedad, sea en una agrupación sindrómica o como bajo la forma de desorden. La comparación de los resultados obtenidos en las 3 técnicas permite afirmar que existe una correlación significativa (a niveles de significación del 1 y 5%) entre las distintas escalas que componen al SCL-90-R, al BDI y al MCMI-III.

Palabras clave
Psicopatología Evaluación SCL-90-R BDI MCMI-III

ABSTRACT
PSYCHOPATHOLOGICAL PROFILE OF AN ADULT CLINICAL POPULATION
The purpose of this study attempts to obtain a sketch of the Psychopathological Profile of an adult clinical population as well as analyzing the behavior of the instruments employed, i.e. the Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 2002), the Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1967) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III) (Millon, 1994). The studied sample was conformed by 60 subjects (48 females and 12 males) between the ages of 18 and 74 who came to a Psychological Center for Initial Care, in Montevideo, anytime between the years 2004 and 2005. All subjects were evaluated using the SCL-90-R, the BDI and the MCMI-III. Some socio-demographic information such as marital status, family conformation and medical insurance was collected as well as the reason of consultation. The results of the Psychopathological Profile show that the Depression and Anxiety Dimensions prevail over the rest, either as a symptomatic agrupation or as a disorder. The comparative results of the three tests allow us to state that there is a meaningful correlation (at 1-5% significant levels) between the different scales that make the SCL-90-R, the BDI and the MCMI-III.

Key words
Psychopathology Assessment SCL-90-R BDI MCMI-III

En el abordaje de las demandas planteadas a nivel primario en salud mental, se hace necesario contar con estrategias de evaluación que posibiliten una aproximación al caso, con cierta prontitud y con el menor coste instrumental, pero que también ofrezca una información variada y amplia sobre la persona.
Esta evaluación debería posibilitar, además, un acercamiento al estudio epidemiológico, por lo pronto, un atisbo a los perfiles poblacionales, con el afán de analizar posibles estrategias de abordaje general para la detección de nuevos casos y de forma más temprana y de ser viable la prevención.
En este trabajo se presentan los resultados preliminares de uno de los estudios realizados -a partir de los propósitos reseñados-. Se trata de un estudio de tipo exploratorio, cuyo objetivo apunta a obtener un esbozo del perfil psicopatológico de una población clínica adulta, a partir de las puntuaciones alcanzadas por los sujetos en el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R), en el Inventario para la Depresión de Beck (BDI) y en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III); analizando, al mismo tiempo, el comportamiento de los instrumentos de evaluación mencionados.

METODOLOGÍA

Sujetos

La muestra estudiada está conformada por 60 sujetos (48 mujeres y 12 hombres), con edades comprendidas entre 18 y 74 años, quienes concurrieron a un Centro de Atención Psicológica Inicial, de la ciudad de Montevideo, durante los años 2004 y 2005. Se incluyeron todos aquellos sujetos a los que se les hubiera administrado el SCL-90-R, el BDI y el MCMI-III (excluyéndose a quienes les faltara información acerca de alguna de las técnicas).

Instrumentos

Los participantes respondieron a tres cuestionarios:
El SCL-90-R de Derogatis (Derogatis, 2002), consta de 90 ítems que describen nueve dimensiones sintomáticas diferentes (Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo), (Derogatis, 2002; Martínez-Azumendi et al, 2001).
El BDI de A. Beck (Beck, 1967), está compuesto por 21 categorías de síntomas y actitudes que describen una manifestación específica de la depresión. Los ítems se encuentran agrupados en síntomas cognitivos (las dos terceras parte de los mismos) y en síntomas conductuales y fisiológicos (el tercio restante); ordenados en forma creciente, indicando la severidad del síndrome con valores que oscilan entre 0 a 3.
El Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) (Millon, 1994) está compuesto por 175 ítems, que deben ser contestados como “verdadero” o “falso”; los cuales se encuentran agrupados en 24 escalas clínicas, divididos en 14 trastornos de la personalidad (Esquizoide, Evitador, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo -sádico-, Compulsivo, Negativista, Masoquista, Esquizotípico, Límite y Paranoide), 10 trastornos clínicos (Trastorno de ansiedad, Trastorno Somatomorfo, Trastorno Bipolar Maníaco, Trastorno Distímico, Dependencia del alcohol, Dependencia de sustancias, Estrés postraumático, Trastorno del pensamiento, Depresión mayor y Trastorno delirante) -todos ordenados de acuerdo con su

gravedad, de los más leves a los más graves- y 3 escalas de corrección (Sinceridad, Deseabilidad Social y Defensividad), (Millon y Davis, 2001; Millon, 1990).
También se administró una encuesta de tipo sociodemográfico para indagar sexo, edad, estado civil, composición familiar y motivo de consulta.

Procedimiento

La administración de las técnicas se realiza por parte de los profesionales tratantes, en el período 2004-2005 en el centro antes mencionado. Seguidamente se ingresan los datos recabados en la planilla SPSS 12.0, para análisis con estadística de tipo descriptivo y correlacional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados socio-demográficos indican que el 80% de sujetos son de sexo femenino y el 20% restante son de sexo masculino, con edades comprendidas entre 18 a 74 años, existiendo una concentración poblacional en las franjas de 18-27 años y de 46-54 años.
En cuanto al estado civil, la distribución es: 35% solteros y 36% casados, el resto se distribuye entre divorciados (22%) y en menor medida viudos (7%). Estas concentraciones de edad de la muestra y el elevado índice de sujetos solteros o que no tienen pareja -viudos y divorciados-, indicarían cierto mayor riesgo poblacional para el padecimiento de patología depresiva según lo indican varios estudios y se torna consistente con los resultados generales arrojados por los instrumentos de evaluación.
La composición del núcleo familiar predominante es aquella que indica una "Familia Nuclear" (26,7%), donde habitan en un mismo hogar ambos padres con sus respectivos hijos (si es que los tienen). La "Familia Nuclear Disfuncional" (21,7%), donde habitan en forma conjunta solamente uno de los padres con sus hijos, ligeramente se encuentra por debajo de la anterior, mientras que se vislumbra una diferencia importante entre los demás tipos de familia (Familia Nuclear Ampliada, Nuclear Disfuncional Ampliada, Nuclear con tíos, Disfuncional con tíos, Solo, Otros). En este caso la tipificación familiar es entendida de igual forma para la familia de origen como para la familia formada por el consultante.
El 85% de los sujetos poseen algún tipo de cobertura de salud, ya sea pública como privada.
En relación a los motivos de consulta presentados, es sumamente significativa la incidencia de demandas que refieren a algún tipo de síntoma de tipo depresivo explicando el 55% de los casos, en contraposición con el 21% por problemas de vinculación o relacionamiento, el 6,7% por ataques de pánico o trastornos de ansiedad, el 3,3% ocasionado por delirios o alucinaciones y el 11,7% restante por dificultades varias.
Los resultados obtenidos en el SCL-90-R son coincidentes con lo planteado por Casullo y Castro (1999), en cuanto a una posible tendencia a informar mayor número de molestias por parte de las mujeres, no obstante para este estudio la conformación del universo y la concentración en sexo femenino no nos permite confirmar la hipótesis.
En relación al SCL-90-R, las dimensiones con puntuaciones más elevadas se van repitiendo para las diferentes poblaciones, siendo en la mayoría de los casos las mismas: Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad y Psicotisismo. Además, los valores elevados para la intensidad del sufrimiento y el número de síntomas experimentados por los sujetos, nos hace suponer una importante sintomatología expresada, ya sea en cuanto a la cantidad de síntomas como al malestar que los mismos generan; esto puede enfatizar la motivación para consultar, pero también y concomitantemente, un importante nivel de disminución general de saludabilidad y en los tramos de edad más altos, una mayor vulnerabilidad para el padecimiento de otras patologías.
Los resultados del BDI indican que el 26,7% de la población no informa padecimiento depresivo, mientras que el 73,3% restante indica algún grado de sufrimiento -según la teoría de Beck- desde una sintomatología leve a una severa (Depresión Leve: 15%, Depresión Moderada: 38,3% y Depresión Severa: 20%). La media poblacional se ubica en la categoría de "Depresivos Moderados".
Las puntuaciones "positivas" para depresión, estarían indicando sujetos que pueden tener una pérdida de energía y fatiga persistente, que consideran que se mueven, hablan y sienten en cámara lenta (inhibición psicomotora) o por el contrario que todo sucede muy rápidamente, siendo incapaces de permanecer quietos (agitación psicomotora), que tienen una pérdida del interés por la actividad sexual (acompañadas por problemas de activación y/o funcionamiento), que son invadidos por sentimientos de indefensión, inferioridad y autodegradación y que centran su atención en los aspectos negativos de la vida, dándoles máxima importancia a los mismos y creyendo que nada bueno puede sucederles (Daset, 2002a; Daset, 2002b; Millon y Davis, 2001; Beck, 1970). Todo lo que redundaría, siguiendo a Millon y Davis (2001), en una pérdida o merma del apoyo del entorno en consecuencia casi directa al desborde generado por sus demandas, las que acompañan de pensamientos y sentimientos de desvalimiento.
Los resultados del MCMI-III indican que el Síndrome Clínico de Ansiedad es el único que presenta rasgos de un trastorno de la personalidad con una puntuación superior a la media. La mayoría de las demás escalas se encontraron dentro de las puntuaciones medias. En relación a las Escalas de Corrección, todos los resultados fueron validados por el Índice de Validez, es decir, sin respuestas aleatorias; encontramos además que los sujetos fueron propensos a responder en forma positiva al hablar de su sintomatología, contestando acerca de la misma sinceramente (Índice de Autorrevelación); la búsqueda de agrado por parte de los demás no parecería ser una de sus preocupaciones mayores, por lo que no intentan mostrarse de manera en que realcen sus aspectos positivos sobre los negativos sino por el contrario, intentan acentuar su problemática (Índice de Deseabilidad). Como era esperable (Millon, 1990) los resultados para el Índice de Defensividad fueron elevados, aunque se ubica dentro de las puntuaciones medias -pero con uno de los valores más elevados de todo el protocolo-, los sujetos intentan presentarse como con más trastornos de los que en realidad poseen, con una alteración mayor a la padecida, procurando realzar su angustia psicológica, exhibiendo su vulnerabilidad o degradándose a sí mismos (Millon, 1990).
Mediante la comparación de los resultados obtenidos en las 3 técnicas encontramos correlaciones positivas significativas -con niveles de significación del 1% al 5%- para las dimensiones de Depresión, Somatización, Ansiedad y Paranoide. Por el contrario, para la Dimensión Obsesivo-Compulsivo encontramos una correlación negativa no significativa, la cual es consistente si tomamos en cuenta las definiciones para cada una de las escalas que la componen, puesto a que las mismas se diferencian refiriéndose más a las obsesiones -como es el caso del SCL-90-R- y más a las compulsiones -como es el caso del MCMI-III-.

BIBLIOGRAFÍA

APA (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

APARICIO, M.E. (2001). Evaluación de la personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral. Tesis de Doctorado: Universidad Complutense de Madrid.

BECK, A.T. (1967). The diagnosis and management of depression. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. (1970). Depression. Causes and Treatment. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

BECK, A.T. y Freeman, A. (1995). Terapia cognitiva de los trastornos de

personalidad. Barcelona: Paidós.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. y EMERY, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. (5º edición). Bilbao: Desclée de Brouwer.

BECK, J.S. (2000). Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización. México: Gedisa.

CASULLO, M.M. y CASTRO, A. (1999). Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Aportaciones del SCL-90-R. Anuario de Investigaciones .Facultad de Psicología, UBA: 7, 147-157.

DASET, L.R. (1999a). Aproximación a una taxonomía empírica: estudio en jóvenes de Uruguay. Comunicación presentada al II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Libro de Resúmenes: 83-84. Murcia.

DASET, L.R. (1999b). Los trastornos de conducta en adolescentes: una aproximación empírica. Comunicación presentada en Jornadas sobre Trastornos de Conducta en la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

DASET, L.R. (2002a). De las Cogniciones a la Depresión: el camino hacia la tristeza. Prisma: 18, 178-191.

DASET, L.R. (2002b). Depresión en la Adolescencia: una aproximación desde la evaluación empírica. Prisma: 18, 25-32.

DASET, L.R. (2005). Psicopatología en la adolescencia: Relación entre aspectos psicopatológicos, variables sociodemográficas y competencias en una población de jóvenes uruguayos. Tesis de Doctorado: Universidad de Murcia.

DASET, L.R.; LÓPEZ, A. y SUERO, M.N. (2006). Valores básicos en un grupo de jóvenes: avances de un estudio exploratorio. Psicodebate: 7, 41-54.

DAVIS, S.E. y HAYS, L.W. (1997). An examination of the Clinical Validity of the MCMI-III Depressive Personality Scale. Journal of Clinical Psychology: 53 (1), 15-23.

DEROGATIS, L.R. (2002). SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas MANUAL. Madrid: TEA Ediciones.

MARTÍNEZ-AZUMENDI et al (2001). Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. Actas Españolas de Psiquiatría: 29 (2), 95-102.

MILLON, T. (1973). Theories of Psychopathology and Personality. Essays and critiques. (2° edición). Filadelfia: Saunders.

MILLON, T. (1990). MCMI-II manual. Madrid: TEA ediciones.

MILLON, T. y DAVIS, R. (1997). The MCMI-III: Present and Future Directions. Journal of Personality Assessment: 68 (1), 69-85.

MILLON, T. y DAVIS, R. (2001). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. Barcelona: Masson.

MILLON, T. y EVERLY Jr., G. (1994). La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

OLSEN, L.R.; MORTENSEN E.L. y BECH, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. Acta Psychiatr Scand 2004: 110, 225-229.

OMS (1993). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

OMS (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado. Francia: Organización Mundial de la Salud.

SANZ, J. et al (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud: 16 (2), 121-142.

STRACK, S. (2002). Essentials of Millon Inventories Assessment. (2° edición). Nueva York: John Wiley & Sons.

VÁZQUEZ, C. y SANZ, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud: 10 (1), 59-81.