

Prevalencia de síntomas clínicos en pacientes y su relación con variables vinculadas al contexto psicoterapéutico

Clinical Symptoms Prevalence in Patients and its Relation to Variables Associated with Psychotherapeutic Context

Horacio Daniel Garcia¹

¹ Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Psicología, San Luis Capital, Argentina

Resumen. Objetivo. Indagar la prevalencia de síntomas clínicos en pacientes y verificar posibles relaciones con algunas variables vinculadas al contexto psicoterapéutico. Método. Se diseñó una investigación de carácter cuantitativa, a nivel exploratorio, con un diseño descriptivo y correlacional. El Cuestionario de Evaluación de Síntomas (Sandín, Valiente, Chorot, Santed, & Lostao, 2008) y un cuestionario *ad hoc* fueron aplicados a una muestra no probabilística de 90 sujetos ($M = 33.80$ años, $DT = 12.88$). Resultados. Existe una marcada prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad y conductas obsesivas-compulsivas; los pacientes con mayores niveles de Hostilidad tienden a vincularse con terapeutas más jóvenes y permanecen menor tiempo en tratamiento; los pacientes de menor edad tienden a manifestar menores niveles de Somatización y mayores niveles de Depresión, Sensibilidad interpersonal e Ideación paranoide. Las mujeres obtuvieron puntajes más elevados en Somatización, Depresión y Ansiedad Fóbica, en tanto se encontró que las terapeutas mujeres tienden a asistir a personas con mayores niveles de Depresión, Ansiedad e Ideación paranoide.

Palabras clave. Síntomas clínicos, psicoterapia, elección del terapeuta, duración de la psicoterapia.

Abstract. Objective. Inquire the prevalence of clinical symptoms in patients and verify possible relationships with some variables linked to the psychotherapeutic context. Method. A quantitative research was designed, at an exploratory level, with a descriptive and correlational design. The Symptom Evaluation Questionnaire (Sandín, Valiente, Chorot, Santed, & Lostao, 2008) and an *ad hoc* questionnaire were applied to a non-probabilistic sample of 90 subjects ($M = 33.80$ years, $DT = 12.88$). Results. There is a marked prevalence of depressive symptoms, anxiety and obsessive-compulsive behaviors; Patients with higher levels of Hostility tend to be linked to younger therapists and remain shorter in treatment; Younger patients tend to show lower levels of Somatization and higher levels of Depression, Interpersonal Sensitivity and Paranoid Ideation. The women obtained higher scores in Somatization, Depression and Phobic Anxiety, while it was found that female therapists tend to assist people with higher levels of Depression, Anxiety and Paranoid Ideation.

Keywords. Clinical symptoms, psychotherapy, choice of therapist, duration of psychotherapy.

¹Horacio Daniel Garcia. Universidad Nacional de San Luis. Facultad de Psicología. Ejército de Los Andes 950, Bloque 4, Box 49, San Luis, San Luis Capital, Argentina. CP 5700. E-mail: hdgarcia69@gmail.com



Introducción

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2012), en Argentina más de 1.6 millones de personas padecen trastornos depresivos, de las cuales 68% son mujeres; mientras que unos 1.7 millones presentan problemas relacionados con el abuso o dependencia del alcohol (85% del sexo masculino). Según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones (2010), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, cerca del 21% de la población mayor de 15 años presenta algún tipo de trastorno mental; la mayor proporción de ellos se agrupa en: Abuso o dependencia de alcohol, Trastornos afectivos y Trastornos de ansiedad. Estos datos han sido parcialmente confirmados por De la Iglesia, Fernández-Liporace y Castro-Solano (2017), quienes determinaron que un 25.84%, de adolescentes argentinos, se encuentran en riesgo patológico y sus síntomas más frecuentes son hostilidad, somatización y depresión.

Claramente, según la edad y el contexto, es posible encontrar diferencias en relación con la sintomatología prevalente; de hecho, esta puede oscilar, dependiendo el país estudiado, entre niveles de un 4.3% a un 26.4% de casos (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye, & Rohde, 2015). En este sentido, Azón-Belarre et al. (2016) encontraron, en población de adultos mayores, síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia; en tanto que Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paíno y Aritio-Solana (2014) identificaron síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. No obstante, independientemente de estas diferencias, existe evidencia suficiente que señala que la mayor proporción de las enfermedades mentales se da en los trastornos de ansiedad y en los del estado del ánimo (Akihiro et al., 2015; Sánchez & Ledesma, 2009; Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Juan-Ferrer, & Viñas-Poch, 2007; Chadda, 2015).

Desde una perspectiva más amplia, Kohn et al. (2005) plantearon la existencia de una angustiante brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, proponiendo que “se formulen nuevas políticas de salud mental o que se actualicen las existentes, procurando incluir en ellas la extensión de los programas y servicios” (p. 229). Así, y en acuerdo con De la Iglesia et al. (2017), quienes han enfatizado las bondades de los estudios vinculados a la prevalencia psicopatológica, se vuelve necesario, desde esta perspectiva, ampliarlos al contexto psicoterapéutico.

La gran variedad y diversidad de enfoques psicoterapéuticos dificulta la posibilidad de encontrar una definición de psicoterapia compartida por todas las perspectivas teóricas. Zeig y Munion (1990) explicaron que la psicoterapia es un proceso orientado al cambio que ocurre en el contexto de una relación profesional, empática, poderosa y contractual; nutrido explícita o implícitamente en la personalidad de los clientes, la técnica empleada (o ambas) y que se traduce en un cambio duradero de múltiples aspectos de la vida de los clientes. El proceso es claramente idiosincrásico y está determinado por las posiciones preconcebidas de los pacientes y terapeutas.

En particular, las características de la relación que se establece entre ambos ha sido tema de interés creciente en el ámbito científico. Safran y Muran (2005) entendieron que esto es debido a uno de los hallazgos más sistemáticos y consistentes en los últimos 50 años de investigación: la relación terapéutica es el predictor más robusto del éxito en un tratamiento.

Por otro lado, autores como Corbella y Botella (2003) han afirmado que la relación interpersonal entre cliente y terapeuta resulta determinante en el campo de la psicoterapia, siendo un aspecto indispensable para lograr el éxito del proceso psicoterapéutico.

Existe evidencia acerca de la valoración positiva de las personas sobre las intervenciones psicoterapéuticas (García & Fantin, 2010). En este contexto, la psicoterapia en Argentina vive con gran interés los cambios derivados de las crecientes exigencias a la que están expuestos los profesionales del campo de la salud mental (García & Morales de Barbenza, 2006). Además, no solamente la bibliografía reciente, sino también la experiencia profesional señalan que el cambio y el progreso efectivo de los pacientes está dado principalmente por los aspectos personales de la relación terapéutica (García, 2005). El panorama descrito alienta a indagar qué relaciones pueden existir entre la sintomatología de los consultantes y algunos aspectos vinculados con la elección de su terapeuta.

Este trabajo se desarrolla en torno a las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas de los pacientes que asisten a psicoterapia en instituciones privadas del gran Mendoza? ¿Cómo se relacionan tales síntomas con otras variables implicadas en el proceso psicoterapéutico como la edad del paciente, la edad del psicoterapeuta o la duración de la terapia? ¿Existen diferencias entre el grupo de pacientes que conocen el enfoque teórico que sigue su psicoterapeuta frente a los que no lo conocen?

Método

Diseño

Se ha adoptado para este trabajo un nivel de investigación de tipo exploratorio, en tanto que para el análisis de los resultados se asume un diseño descriptivo y correlacional.

Participantes

Se trabajó con una muestra de carácter intencional, no probabilística, compuesta por 90 pacientes que asisten a psicoterapia en diversas instituciones privadas (65 mujeres y 25 varones), con edades comprendidas entre 16 y 66 años, que residen en el Gran Mendoza (Ciudad capital, Godoy Cruz, Las Heras, Guaymallén, Luján, & Maipú), Argentina. La edad promedio de las personas que integraron la muestra es de 33.80 años, con una desviación típica de 12.88. Los consultantes escogieron a sus psicoterapeutas bajo su propia determinación y libertad. La decisión de trabajar solamente con un muestreo de personas que hacen psicoterapia en ámbitos privados, obedeció a limitaciones encontradas en la accesibilidad a instituciones públicas.

Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de Síntomas (Symptom Assessment - 45 Questionnaire, SA-45; Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, & Kane, 1997). Adaptado al castellano por Sandín et al. (2008). Se trata de un instrumento de autoinforme sobre síntomas psicopatológicos compuesto por 45 ítems. Consta de nueve dimensiones compuestas por 5 ítems cada una y que se puntúan en una escala Likert que va de 0 (nada en absoluto) a 4 (mucho o extremadamente): 1) Somatización (explora el malestar que la persona puede percibir en relación con diferentes aspectos corporales: dificultades cardiovasculares, respiratorias y

gastrointestinales), 2) Obsesiones y compulsiones (dimensión compuesta por ítems que denotan pensamientos, acciones e impulsos vivenciados como no deseados, involuntarios e imposibles de evitar o de controlar), 3) Sensibilidad interpersonal (refiere a sentimientos de inferioridad e inadecuación social, especialmente cuando la persona se compara con sus semejantes), 4) Depresión (los ítems hacen referencia a un estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas y demás correlatos somáticos y cognitivos de la depresión), 5) Ansiedad (evalúa la presencia de signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos), 6) Hostilidad (hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos del estado afectivo negativo relacionados con el enojo, rabia o ira), 7) Ansiedad fóbica (caracteriza a las respuestas persistentes de miedo a personas, lugares, objetos y situaciones, que es en sí misma irracional y desproporcionada respecto al estímulo que la provoca y que, por lo tanto, genera conductas de evitación o escape), 8) Ideación paranoide (evalúa trastornos del pensamiento, tales como pensamientos proyectivos, suspicacia, grandiosidad, temor a la pérdida de autonomía y delirios), y 9) Psicoticismo (incluye síntomas relacionados con sentimientos de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento). Los autores de la adaptación encontraron índices de confiabilidad elevados, con un Alfa de Cronbach en torno al .95 (Sandín et al., 2008).

Cuestionario elaborado ad hoc. Fue diseñado con la intención de evaluar aspectos presuntamente relacionados con las características sintomatológicas que presentan los pacientes. Una porción de los datos reviste un carácter objetivo; por ejemplo, la información socio-demográfica del entrevistado, la duración de la terapia, conocimiento del enfoque teórico que utiliza el terapeuta, conocimiento de los distintos enfoques de psicoterapia, si eligió a su terapeuta por su marco teórico de referencia y si asiste a terapia por motivación propia o por sugerencia de otra persona. Finalmente, se les pidió a los pacientes que estimaran la edad del psicoterapeuta. Este último punto se justifica por un interés acerca de la percepción que ellos tienen de su terapeuta y no en el dato objetivo.

Procedimiento

Los instrumentos fueron administrados a los integrantes de la muestra previa entrevistada a sus respectivos psicoterapeutas con la finalidad de no generar interferencias en el desarrollo del tratamiento de estas personas. Luego, se invitó individualmente a los pacientes a colaborar realizando una breve explicación verbal del alcance de la investigación y del compromiso de confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos. Se les solicitó, además, la lectura y la firma de un consentimiento informado para poder incluir la información suministrada en este trabajo. Los instrumentos fueron administrados de manera individual luego de finalizar la sesión de psicoterapia y, tras haber completado la tarea, fueron depositados en sobre sin identificación en un buzón con la idea de reforzar la noción de anonimato de la contribución.

En cuanto al procedimiento estadístico, se evaluó cada uno de los instrumentos utilizados volcándose dicha información en una matriz de datos que fue sometida a tratamiento mediante el programa estadístico SPSS, versión 22. En primera instancia, se analizaron valores de media, frecuencias y porcentajes de las variables en estudio. Luego, por la

necesidad de aplicar pruebas correlacionales y para establecer diferencias de media, se verificó el grado de ajuste de las variables en estudio a la distribución normal mediante la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, determinándose la conveniencia de implementar pruebas no paramétricas.

Resultados

Estadísticos descriptivos

La Tabla 1 permite observar que la Edad estimada del terapeuta que presenta un rango de 38 años, un valor de media de 42.21 años con una desviación típica de 10.61. En cuanto a la variable Tiempo de permanencia en terapia, los datos arrojaron una media de 18.57 meses (que equivale a aproximadamente un año y medio de terapia) con una desviación típica de 18.59. Comparando estos valores y el rango (95 meses) se observa una significativa dispersión en dichos puntajes.

El hecho de que cada factor del Cuestionario de Evaluación de Síntomas posea la misma cantidad de ítems permite compararlos con base en su media. En este sentido, en la Tabla 2 es posible observar que los síntomas más prominentes en la muestra fueron: Depresión ($M = 7.54$ y $DT = 4.47$), Ansiedad ($M = 7.32$ y $DT = 3.61$) y Obsesión Compulsión ($M = 6.16$ y $DT = 4.10$). Por otro lado, si se comparan los valores obtenidos con los de referencia, se encuentra que la media de Hostilidad, Depresión y Ansiedad superan por más de 2 puntos a los obtenidos en la investigación de Sandín et al. (2008), que tuvo como objeto adaptar este instrumento a una población española.

Análisis correlacional y de diferencias de grupos

Con la finalidad de verificar si la distribución de las variables se ajusta a la curva normal se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

Como se puede observar en la Tabla 3, la significación estadística de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, señala la existencia de variables cuya distribución de sus valores no se ajustan a la distribución normal. Esto resulta orientativo en la decisión de emplear pruebas no paramétricas tanto para los coeficientes de correlación (Rho de Spearman) como para la obtención de diferencias de media (U de Mann-Whitney).

Tabla 1

Valores de media, desviación estándar, mínimo y máximo de las variables demográficas y del Cuestionario elaborado ad hoc

	Mínimo	Máximo	M	DT
Edad estimada del terapeuta	24	62	42.21	10.61
Tiempo de permanencia en terapia (meses)	1	96	18.57	18.59

Tabla 2

Valores de media, desviación estándar, mínimo, máximo y media esperada de los factores que componen el Cuestionario de Evaluación de Síntomas

	Mínimo	Máximo	M	DT	Valores de referencia*	
					M	DT
Hostilidad	0	18	5.53	4.71	2.79	3.40
Somatización	0	19	4.90	4.68	4.26	3.70
Depresión	0	20	7.54	4.47	5.32	4.40
Obsesión-compulsión	0	17	6.16	4.10	5.53	3.70
Ansiedad	2	20	7.32	3.61	3.56	3.80
Sensibilidad interpersonal	0	18	5.00	3.86	5.67	4.50
Ansiedad fóbica	0	17	3.11	4.04	1.83	2.50
Ideación paranoide	0	17	5.31	3.45	4.53	3.70
Psicoticismo	0	10	2.09	2.30	1.70	2.20

*Datos de referencia tomados de Sandín, Valiente, Chorot, Santed, & Lostao (2008).

Tabla 3

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Diferencias más extremas			K-S*	Sig. bilateral
	Absoluta	Positiva	Negativa		
Edad (Paciente)	.145	.145	-.084	1.38	.043
Edad (Terapeuta)	.105	.105	-.089	1.00	.267
Tiempo de permanencia en terapia (meses)	.212	.212	-.175	2.01	.001
Hostilidad	.149	.149	-.119	1.42	.034
Somatización	.151	.151	-.146	1.43	.032
Depresión	.106	.106	-.061	1.00	.263
Obsesión-compulsión	.100	.100	-.065	.956	.320
Ansiedad	.117	.117	-.079	1.11	.163
Sensibilidad interpersonal	.124	.124	-.099	1.18	.120
Ansiedad fóbica	.218	.194	-.218	2.08	.000
Ideación paranoide	.106	.106	-.065	1.00	.261
Psicoticismo	.180	.180	-.179	1.71	.005

*Z de Kolmogorov-Smirnov

Correlaciones

En la Tabla 4 se puede observar que la variable Hostilidad presenta una correlación negativa significativa y de baja intensidad con la variable Tiempo de permanencia en terapia. Esto sugiere que las personas menos hostiles tienden a perdurar más tiempo en tratamiento. Con la finalidad de controlar el posible efecto que pudiera generar la variable Tiempo de permanencia en terapia, se decidió realizar un análisis de Correlaciones parciales.

En la Tabla 5 se puede observar que la variable Hostilidad presenta una correlación negativa significativa y de baja intensidad con las variables Edad del paciente y Edad estimada del terapeuta. Estas asociaciones reflejarían que las personas menos hostiles tienden a ser de mayor edad y se inclinan por realizar terapia con profesionales de, igualmente, mayor edad. También, es posible observar que la variable Somatización presenta una relación positiva, de baja intensidad y significativa, lo que indicaría que pacientes mayores tienden a manifestar más síntomas de somatización. Finalmente, existe una asociación negativa de baja intensidad y altamente significativa entre las variables Edad del paciente y Sensibilidad interpersonal, que indicaría que tales síntomas tienden a ser de menos intensidad y frecuencia en los sujetos de mayor edad en la muestra de estudio.

Tabla 4

Coefficientes de correlación Rho de Spearman y significación bilateral entre las variables del Cuestionario de evaluación de síntomas (SA-45) y Tiempo de permanencia en terapia

		Tiempo de permanencia en terapia
Hostilidad	Coef. Corr.	-.218
	Sig. bilat.	.039

Tabla 5

Coefficientes de correlación parcial y significación bilateral entre las variables del Cuestionario de evaluación de síntomas (SA-45) y las variables Edad del terapeuta y Edad del paciente

		Edad del Paciente	Edad del terapeuta
Hostilidad	Coef. Corr.	-.211	-.242
	Sig. bilat.	.047	.023
	gl	87	87
Somatización	Coef. Corr.	.281	
	Sig. bilat.	.008	
	gl	87	
Sensibilidad interpersonal	Coef. Corr.	-.261	
	Sig. bilat.	.014	
	gl	87	

Análisis de diferencias entre grupos

A continuación, con el fin de brindar claridad al análisis de los resultados, se analizarán solo las diferencias de media significativas a nivel estadístico, que fueron obtenidas mediante la aplicación de la Prueba de Mann-Whitney. La Tabla 6 señala que tres variables del Cuestionario de Evaluación de Síntomas (Somatización, Depresión y Ansiedad fóbica) presentan valores de media significativamente más elevados en las pacientes mujeres respecto a los hombres de la muestra.

Los valores observados en la Tabla 7 reflejan que los pacientes de psicoterapeutas mujeres poseen valores de media mayores en las variables Depresión, Ansiedad e Ideación paranoide.

La Tabla 8 muestra que quienes conocen el enfoque teórico de su psicoterapeuta presentan una media superior en las variables Edad estimada del terapeuta y Tiempo de permanencia en terapia, en tanto quienes declaran no conocer el modelo de adhesión de su terapeuta presentan una media significativamente más alta en las variables Hostilidad e Ideación paranoide.

Tabla 6

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Sexo de los pacientes

	Mujeres		Hombres		Dif. media	Prueba de Mann-Whitney		
	(N = 65)		(N = 25)			U Whitney	z	Sig. Bilat.
	M	DT	M	DT				
Somatización	5.25	4.37	4.00	5.41	1.24	600.5	-1.92	.049
Depresión	8.17	4.37	5.92	4.41	2.24	571.5	-2.17	.029
Ansiedad fóbica	3.57	4.12	1.92	3.65	1.64	557.0	-2.36	.018

Tabla 7

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Sexo del terapeuta

	Mujeres		Hombres		Dif. media	Prueba de Mann-Whitney		
	(N = 64)		(N = 26)			U Whitney	z	Sig. Bilat.
	M	DT	M	DT				
Depresión	8.17	4.34	6.00	4.50	2.17	579.0	-2.25	.024
Ansiedad	7.98	3.79	5.69	2.51	2.29	516.0	-2.83	.005
Ideación paranoide	5.75	3.51	4.23	3.07	1.51	603.5	-2.04	.041

Se observa, en la Tabla 9, que quienes expresan conocer la existencia de otros enfoques teóricos distintos al de la formación de su terapeuta, presentan valores significativamente más altos en las variables: Edad estimada del terapeuta y Tiempo de permanencia en terapia.

Por otra parte, los pacientes que no conocen la existencia de diversos enfoques teóricos en psicoterapia han puntuado con valores más elevados en las variables Hostilidad y Depresión.

En la Tabla 10 se registra que quienes han escogido a su terapeuta por su enfoque teórico presentan valores de media más elevados en la variable Tiempo de permanencia en terapia. En tanto, quienes no condicionaron la elección de su terapeuta por su marco teórico de referencia obtuvieron valores de media significativamente más altos en las variables Hostilidad, Ideación paranoide y Psicoticismo.

Tabla 8

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Conoce o no el enfoque de su terapeuta

	No (N = 39)		Sí (N = 51)		Dif. media	Prueba de Mann-Whitney		
	M	DT	M	DT		U	z	Sig. Bilat.
Edad del terapeuta	38.16	13.96	43.66	10.36	-5.50	767.0	-1.93	.050
Tiempo de permanencia en terapia	13.03	14.43	22.43	20.25	-9.40	614.0	-3.00	.003
Hostilidad	6.95	5.42	4.66	3.99	2.28	773.5	-1.88	.050
Ideación paranoide	6.24	3.46	4.83	3.57	1.40	769.0	-1.92	.049

Tabla 9

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Conoce o no la existencia de otros enfoques de psicoterapia

	No (N = 35)		Sí (N = 55)		Dif. media	Prueba de Mann-Whitney		
	M	DT	M	DT		U	z	Sig. Bilat.
Edad del terapeuta	37.26	14.30	44.30	9.61	-7.03	669.0	-2.72	.006
Tiempo de permanencia en terapia	12.86	14.00	22.55	20.41	-9.68	615.5	-2.99	.003
Hostilidad	7.24	5.72	4.45	3.54	2.78	746.5	-2.10	.035
Depresión	9.24	5.36	6.49	3.46	2.74	709.5	-2.40	.016

Tabla 10

Valores de media, diferencia de media y nivel de significación encontrados en las variables estudiadas según Escogió o no a su terapeuta por el enfoque teórico

	No		Sí		Dif. media	Prueba de Mann-Whitney		
	(N = 64)		(N = 27)			U Whitney	z	Sig. Bilat.
	M	DT	M	DT				
Tiempo de permanencia en terapia (meses)	14.17	14.15	28.81	23.45	-14.64	424.5	-3.75	.000
Hostilidad	6.41	5.14	3.74	3.00	2.66	623.0	-2.10	.036
Ideación paranoide	6.05	3.73	3.93	2.68	2.12	590.5	-2.38	.017
Psicoticismo	2.38	2.27	1.52	2.31	.856	607.0	-2.28	.022

Discusión

El Cuestionario de Evaluación de Síntomas (Symptom Assessment Questionnaire, SA-45) indicó que Ansiedad, Depresión y en menor medida Conductas Obsesivas-compulsivas, resultaron los síntomas más significativos. Datos que son congruentes con la información aportada por la Organización Mundial de la Salud (2013), quien advirtió que la mayor proporción de los trastornos mentales se relaciona con cuadros depresivos y ansiosos. Mac Donald-Quiceno y Peinador-Roldán (2013), en un trabajo de revisión, destacaron prevalencias en torno al 18% de trastornos de ansiedad y entre 3% y 10% de depresión en Brasil; en Chile, 11% de agorafobia, 9% trastornos depresivos mayores, un 8% de distimia y un 6% de dependencia de alcohol; y, en Colombia, 10% de depresión.

Cuando se intenta establecer comparaciones con diversas muestras con las que se ha validado el instrumento utilizado, se verifica que, en general, los valores de media de cada una de las escalas resultan dispares según sea la población diana (Sandín et al., 2008; Alvarado, Sandín, Valdez-Medina, González-Arratia, & Rivera, 2012). No obstante, al verificar estos indicadores con los resultados obtenidos en esta investigación, se encontraron valores de media más elevados en las variables, excepto Sensibilidad interpersonal, que se justifican por el carácter clínico de la muestra en estudio.

Al momento de analizar las relaciones entre la sintomatología del paciente y la edad estimada del terapeuta y la duración de la terapia, se encontró un dato de relevancia relacionado con la relación terapéutica. En particular, los pacientes con mayores niveles de Hostilidad tienden a vincularse con terapeutas más jóvenes y a permanecer menor tiempo en tratamiento. En un estudio realizado por Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre (2014), se intentó indagar la asociación entre la sintomatología de adolescentes maltratados y el vínculo de apego establecido con sus terapeutas. En esta investigación, se verificó que a

pesar de que en la muestra de estudio existía una marcada prevalencia de Hostilidad, no se pudo hallar relaciones con algún tipo particular de apego establecido con sus terapeutas. La falta de concordancia entre estos datos y la ausencia de investigaciones empíricas que indaguen en profundidad estos aspectos, alienta futuras investigaciones. Sin embargo, al considerar que las personas con niveles de hostilidad elevados se caracterizan por manifestar pensamientos, sentimientos relacionados con el enojo, rabia o ira, resulta lógico suponer que tales características puedan ser más fácilmente canalizadas con los terapeutas jóvenes y que, además, esto pueda interferir en el transcurso del proceso terapéutico.

Asimismo, se ha encontrado que los pacientes de menor edad tienden a manifestar niveles más bajos de Somatización y mayores niveles de Hostilidad y Sensibilidad interpersonal, datos similares a los hallados por Carrasco-Ortiz, Sánchez-Moral, Ciccottelli y Del Barrio (2003) en una muestra clínica española, con lo que se verifica total correspondencia entre ambas investigaciones. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (2017) ha señalado, para población general, que los índices de prevalencia encuentran su punto máximo en la edad más adulta para los trastornos depresivos, en tanto que para los trastornos de ansiedad los datos parecen demostrar una tendencia creciente en personas más jóvenes.

Cuando se indagaron diferencias de media en las variables estudiadas según sexo de los pacientes, se identificó que las mujeres que participaron en la muestra poseían niveles más elevados en Somatización, Depresión y Ansiedad Fóbica. Sánchez y Ledesma (2009), en una muestra clínica Argentina, encontraron similares diferencias, aunque identificaron, además, niveles más elevados en las mujeres en la variable Sensibilidad interpersonal. Estos datos parecen corroborar los señalamientos de la Organización Panamericana de la Salud (2017), que ha señalado que la depresión es más común en las mujeres (5.1%) que en los hombres (3.6%).

En tanto, cuando se tienen en cuenta los valores de media según sexo del terapeuta, se encontró que las terapeutas mujeres tienden a asistir a personas con mayores niveles de Depresión, Ansiedad e Ideación paranoide. Aunque no se han encontrado datos empíricos que den cuenta de modo preciso los motivos por los cuales estas personas tienden a buscar ayuda en profesionales mujeres, no se descarta la posibilidad de que estas elecciones tengan que ver con el estilo personal de las terapeutas. Una posible explicación podría encontrarse en el trabajo de Castañeiras, Ledesma, García y Fernández-Álvarez (2008), quienes señalaron que las psicoterapeutas tienden a una atención menos focalizada, más amplia, frente a lo que manifiestan los pacientes, manteniendo una escucha más bien abierta y receptiva, a diferencia de los terapeutas varones, que suelen ceñirse a cuestiones más instrumentales y operativas.

Al establecerse los grupos en función de si los pacientes conocían el enfoque teórico del terapeuta, si conocían la existencia de otros enfoques y si la elección de su terapeuta había estado influida por el marco teórico que este adscribía, se encontró que quienes afirmaban estos aspectos presentaron valores de media significativamente más altos en la variable Tiempo de permanencia en terapia. Al no poder precisarse el motivo de tal hallazgo, se podría pensar, en término de hipótesis, que el conocimiento relacionado con la diversidad teórica, así como la elección del terapeuta por su enfoque, promueven una

mayor adherencia al tratamiento. Al respecto, cabe destacar los comentarios de Huerta-Lozano, Gaona-Márquez, Hernández-Delgado, Ortiz-González y Rivas-Alvarado (2016), quienes señalaron que en los inicios de un tratamiento se define en gran medida la futura adherencia del paciente al tratamiento y que, en tanto el paciente obtenga en las primeras fases información del abordaje que va a recibir, las posibilidades de que este culmine su tratamiento son mayores.

Otro punto en común entre el grupo que conocía el enfoque del terapeuta y aquellos que sabían de la existencia de una diversidad teórica al respecto, es que presentaron niveles de media más altos en la variable Edad estimada del terapeuta. Una posible explicación podría vincularse con el hecho de que los terapeutas más experimentados tiendan a reflejar con mayor claridad en el proceso terapéutico su formación teórica, o bien, que brinden información más detallada de su formación en un intento de consolidar la relación terapéutica. Resulta oportuno señalar que son pocos los trabajos orientados a evaluar la incidencia de la edad del terapeuta en el contexto clínico. Distefano, Cataldo, Mongelo, Mesurado y Lamas (2017) elaboraron un estudio en el que hallaron una sutil relación entre la edad del terapeuta y el uso de tecnologías digitales en el contexto clínico. Por otro lado, Vera-Cano (2018) encontró una relación directa entre la edad del psicólogo y el nivel de ansiedad estado.

Teniendo en cuenta la sintomatología de los pacientes, se encontraron valores de media más elevados en Hostilidad en los grupos que no tenían conocimiento tanto del enfoque de su terapeuta como de la existencia de diversas perspectivas teóricas, así como en el grupo que no tuvo en cuenta la perspectiva teórica al momento de escoger a su terapeuta. Conviene recordar que el concepto de hostilidad encierra una serie de características, marcadamente cognitivas, vinculadas a creencias negativas sobre los demás y a una atribución de que las otras personas tienen una intención amenazante (Matalinares et al., 2012). Más precisamente, Achotegui y Jayme (2016) han señalado que las personas con niveles elevados de hostilidad tienden, en la relación terapéutica, a expresar desconfianza, recelo, temor, rabia y, fundamentalmente, una actitud de desconocimiento del psicoterapeuta en su rol de ayuda, configurándose muchas veces como un importante obstáculo de la alianza terapéutica.

Las personas que presentaron niveles de media más elevados en Ideación paranoide se caracterizaron por haber elegido oportunamente a su terapeuta sin considerar su marco teórico de referencia y por no conocerlo en la actualidad. En tanto que las personas con mayores niveles de Depresión desconocían la pluralidad teórica existente en psicoterapia y las personas con mayores niveles de Psicoticismo evitaban elegir a su terapeuta considerando la perspectiva teórica de su formación. Al respecto, Millon (1994) había señalado que las personas con características paranoides tienden a asumir una actitud independiente y presumen de una confianza personal, no real, derivada de la autoconvicción como estrategia para manejar la ansiedad que les genera la interacción con los demás.

En tanto, se ha descrito que las personas con niveles elevados de psicoticismo suelen experimentar sentimientos de soledad y ser característicamente individualistas e impulsivos (Ponce-Díaz, 2015), con una pobre capacidad empática, lo que suele expresarse como

pérdida de interés por el otro (Machado, 2015). Finalmente, Strand, Goulding y Tidefors (2015) encontraron que valores elevados de Ideación paranoide y de Psicoticismo, se encuentran relacionados con modalidades vinculares basadas en dos tipos de apego inseguro: preocupado y temeroso.

Este estudio intentó sondear el comportamiento de algunas variables vinculadas con la psicoterapia y la prevalencia de síntomas clínicos con la intención de contribuir e incitar futuros trabajos más específicos, advirtiéndose como principal limitación de este el carácter no probabilístico de la muestra. Asimismo, el tiempo de permanencia en psicoterapia, haber asistido con anterioridad a otros profesionales o, incluso, otros tratamientos concomitantes que pudieran haber realizado los integrantes de la muestra, pudieron haber ejercido influencia en el nivel de sintomatología relevado. Como consecuencia, los resultados obtenidos deben considerarse como orientativos y ser precisados en futuras investigaciones.

Referencias

- Achotegui, J. & Jayme, M. (2016). El reto de trabajar la relación terapéutica extendida y la transferencia negativa con inmigrantes, minorías y excluidos sociales. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 105-112. doi: 10.5093/cc2016a8
- Akihiro, N., Mayumi, Y., Hirofumi, U., Takahiro, W., Kenshin, M., Osamu, T., Ryosuke, U., & Toshiki, S. (2015). Prevalence of mental illness, intellectual disability, and developmental disability among homeless people in Nagoya, Japan: A case series study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(9), 534-542. doi: 10.1111/pcn.12265
- Alvarado, B., Sandín, B., Valdez-Medina, J., González-Arratia, N., & Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de psicología*, 28(2), 426-433. doi: 10.6018/analesps.28.2.148851
- Azón-Belarre, J. C., Pellicer-García, B., Juárez-Vela, R., Azón-Belarre, S., Berges-Usán, P., & Granada-López, J. M. (2016). Prevalencia de pacientes con síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y su tratamiento con antipsicóticos. Estudio piloto. *Norte de Salud Mental*, 14(55), 1-19.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74. doi: 10.5093/cl2014a6
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carrasco-Ortiz, M. A., Sánchez-Moral, V., Ciccottelli, H., & Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161. doi: 10.5944/ap.2.2.528
- Castañeiras, C., Ledesma, R., García, F., & Fernández-Álvarez, H. (2008). Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada

- del Cuestionario EPT-C. *Terapia Psicológica*, 26(1), 5-13. doi: 10.4067/S0718-48082008000100001
- Chadda, R. K. (2015). Common mental disorders in India. In S. Malhotra, & S. Chakrabarti (Eds.), *In Developments in psychiatry in India* (pp. 77-87). New Delhi: Springer India. doi: 10.1007/978-81-322-1674-2_6
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Davison, M., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, E., & Kane, R. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. doi: 10.1177/107319119700400306
- De la Iglesia, G., Fernández-Liporace, M., & Castro-Solano, A. (2017). Screening de síntomas psicológicos en adolescentes argentinos. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(3), 1-20. doi: 10.5872/psiencia/9.3.22
- Distefano, M. J., Cataldo, G., Mongelo, M. C., Mesurado, B., & Lamas, M. C. (2017). Conocimiento y uso de tecnologías digitales en psicoterapia entre los psicólogos de Buenos Aires. *Perspectivas en psicología*, 15(1), 65-74.
- García, H. (2005). Some Variables Associated with Psychologists' Appraisal of Psychotherapy in Argentina. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(2), 221-228. doi: 10.1017/S1138741600005102
- García, H. D. & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(1), 115-169.
- García, H., & Morales de Barbenza, C. (2006). Modelos teóricos de psicoterapia en Argentina: actitudes y creencias de sus adherentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(3), 381-396.
- Huerta-Lozano, F. I., Gaona-Márquez, L., Hernández-Delgado, M., Ortiz-González, V., & Rivas-Alvarado, J. M. (2016). *Guía de intervención clínica para terapia individual*. Ciudad de México, México: Patronato Nacional de Centros de Integración Juvenil. Recuperado de <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotrataamiento/guiadeintervencionclinicaparaterapiaindividual.pdf>
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 229-240.
- Mac Donald-Quiceno, J. & Peinador-Roldán, M. R. (2013). La Epidemiología de la Salud Mental y sus desafíos. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar, *Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica*. (pp. 41-60). San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/8942>

- Machado, B. (2015). *Más allá de los Límites: La alianza terapéutica en la Terapia Dialéctico-Conductual*. (Tesis de grado). Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Matalinares, M., Yaringaño, J., Uceda, J., Fernández, E., Huari, Y., Campos, A., & Villavicencio, N. (2012). Estudio psicométrico de la versión española del cuestionario de agresión de Buss y Perry. *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1), 147-161. doi: 10.15381/rinvp.v15i1.3674
- Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles*. San Antonio: The Psychological Corporation. Traducción al español (1997). Inventario Millon de Estilos de Personalidad. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. Geneva, Italy: WHO Press.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Salud en las Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. Washington, DC: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, DC: Autor.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M., & Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 121-130. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.12.003
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365. doi: 10.1111/jcpp.12381.
- Ponce-Díaz, C. (2015). Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima Metropolitana. *Liberabit*, 21(1), 153-165. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000100014&lng=es&tlng=es
- Safran, J. D. & Muran, C. (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée.
- Sánchez, R. O. & Ledesma, R. D. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 265-274.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicobema*, 20(2), 290-296.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. (2010). *Estimación de la Población Afectada de 15 años y más por Trastornos Mentales y del Comportamiento en Argentina*. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Recuperado de http://www.inclusionmental.com.ar/contents/biblioteca/1329413814_-estimacion-de-la-poblacion-afectada-por-salud-mental-arg.pdf

- Strand, J., Goulding, A., & Tidefors, I. (2015). Attachment styles and symptoms in individuals with psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 67-72. doi: 10.3109/08039488.2014.929740
- Vera-Cano, C. S. (2018). *Ansiedad rasgo-estado y estilo personal del terapeuta en psicólogos que trabajan con pacientes oncológicos en lima metropolitana*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de psicología. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/13081/Vera_Cano_Ansiedad_rasgo_estado.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Zeig, J. K. & Munion, W. (1990). *What is psychotherapy?: Contemporary perspectives*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.