

Universidad de Belgrano  
Facultad de Humanidades  
Licenciatura en Psicología



*“Patrones de síntomas de malestar psicológico prevalentes en los pacientes que recién ingresan a la internación en una clínica privada de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”*

Trabajo Final de Carrera

**Alumna:** Pichl, Lara Inés

**Matrícula:** P000178448

**ID:** 000-17-8448

**Mail:** [lara.pichl@comunidad.ub.edu.ar](mailto:lara.pichl@comunidad.ub.edu.ar)

**Tutor:** Lic. Virgillo, Antonio

A handwritten signature in black ink that reads 'Lara Pichl'.

# Índice

<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Resumen</b>	<b>3</b>
<b>Introducción</b>	<b>4</b>
Presentación del tema	4
Problema y pregunta de investigación	6
Relevancia de la temática	6
<b>Objetivos generales y específicos</b>	<b>7</b>
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Hipótesis	7
<b>Estado del arte</b>	<b>7</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>9</b>
<b>Desarrollo metodológico</b>	<b>12</b>
Tipo de investigación	12
Unidad de análisis, población y muestra	13
Fuentes	13
Instrumento	13
Procedimiento	14
Criterios éticos	15
<b>Resultados de la búsqueda</b>	<b>15</b>
<b>Análisis de resultados</b>	<b>23</b>
<b>Discusión</b>	<b>26</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>28</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>29</b>
<b>Anexo I</b>	<b>33</b>
Instrumento	33
<b>Anexo II</b>	<b>36</b>
Figuras	36
<b>1. Muestra total</b>	<b>36</b>
<b>2. Muestra con diagnóstico de admisión</b>	<b>38</b>

## Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, por estar siempre listos para ayudarme y guiarme sin importar la distancia que nos separe. Por enseñarme que no hay nada más lindo que sentir vocación y pasión por lo que uno hace.

A mis hermanos, por permitirme caminar y crecer junto a ellos, ayudándome a ser quien soy hoy.

A Gena, que me acompañó siempre que pudo en mis tardes y noches de estudio, sin saber qué más hacer para mantenerse despierto para seguir motivándome cada vez que no tenía fuerzas para seguir estudiando.

A mi familia, que desde la distancia siempre se hicieron presentes para demostrar su apoyo. Que con una visita me hacían sentir más cerca de mi hogar.

A mis compañeras de la carrera, que desde el primer año hicieron que este camino sea sumamente hermoso y disfrutable. Que a pesar de las frustraciones y enojos nos acompañamos a cada paso para conseguir lo que deseábamos.

A mi tutor, que estuvo siempre atento y disponible para ayudar a pensar y despejar dudas que surgieron a lo largo del proceso de hacer este trabajo.

A los pacientes y el personal del Instituto O'Gorman, que me permitieron realizar este trabajo que culmina mi proceso de estudiante y que también da inicio a mi carrera profesional.

Por último, a la Universidad de Belgrano, por permitirme conocer y aprender cada año sobre esta vocación.

## Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar los síntomas de malestar psicológico con prevalencia al momento de ingreso a la internación en el Instituto O´Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período Julio-Noviembre 2025. La muestra de carácter intencional se configuró con 98 adultos de entre 18 y 65 años de edad, a través del método de recolección no probabilístico. La muestra alcanzada es representativa. Las variables del presente estudio fueron evaluadas a través del Inventario de Síntomas SCL-90-R (2008) para medir la prevalencia de síntomas de acuerdo a rango etario, sexo y diagnóstico clínico. Los resultados mostraron mayor presencia de la dimensión sintomática de depresión en relación a las ocho dimensiones restantes, con diagnósticos clínicos relacionados con los trastornos del estado del ánimo, estando presentes más en hombres que en mujeres, en el rango etario de 18 a 33 años de edad. Los resultados mostraron relaciones significativas entre las variables estudiadas, las cuales demuestran la validez de su implementación clínica ya que resulta pertinente para la medición del malestar psicológico actual en el sujeto, en consonancia con el enfoque descriptivo y empírico que sustenta el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

Palabras clave: patrones de síntomas, malestar psicológico, diagnósticos clínicos, SCL-90-R, salud mental.

# Introducción

## Presentación del tema

El tema de investigación se propuso analizar los patrones sintomatológicos de malestar psicológico prevalentes en los pacientes internados en el Instituto O´Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La misma se enmarca en una investigación de carácter cuantitativo y empírico, ya que los patrones sintomáticos se miden mediante la utilización del instrumento de medida SCL-90-R de Derogatis (1994). A su vez, el estudio implicó una perspectiva descriptiva y correlacional, dado que se analizaron y compararon las variables según grupos etarios, sexo y por último diagnósticos.

El inventario de síntomas SCL-90-R, instrumento utilizado para la evaluación de una gama de síntomas psicopatológicos, permite evaluar el grado de malestar psicológico. Es utilizado en ámbitos de trabajos comunitarios y también para el diagnóstico clínico (Casullo y Pérez, 2008). Es una escala autoadministrada, donde se debe contestar a 90 ítems con cinco posibilidades de respuestas teniendo en cuenta los últimos siete días. Por ello este instrumento es de utilidad clínica a la hora de evaluar casos crónicos y también tratamientos, en los que es oportuno valorar cambios sintomáticos.

La decisión de utilizar la SCL-90-R resultó pertinente para obtener una medición estandarizada y objetiva de patrones sintomáticos, posibilitando su tratamiento estadístico. El instrumento ofrece puntajes confiables sobre diversas dimensiones psicopatológicas y un índice global de malestar psicológico, lo que favorece el análisis sistemático y versátil de los datos. A su vez, considerando que la investigación adoptó una perspectiva descriptiva y correlacional, la comparación de las variables a partir de baremos y propiedades psicométricas ampliamente validadas en distintos contextos, posibilitó identificar tendencias, diferencias y asociaciones entre las mismas con adecuado sustento empírico, validez y confiabilidad, para los objetivos planteados en la investigación.

La muestra se obtuvo con pacientes ingresantes al área de Salud Mental del Instituto O´Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período de julio a noviembre del 2025.

A modo de reseña histórica, cabe acotar que el Instituto O´ Gorman - ex Instituto Frenopático (IFSA)- fundado en 1880 a partir del contexto de salud de un país devastado por la fiebre amarilla, transitó desde sus orígenes higienistas como dispositivo de control social para sectores privilegiados hasta llegar, a partir de su habilitación en 2022, de acuerdo con los parámetros de la Ley de Salud Mental 26657, configurándose en una Institución con un modelo integral, comunitario y basado en derechos.

Por aquel entonces, el saber higienista buscaba imponer prácticas reguladoras a conductas y cuerpos pasibles de corrección. El Instituto se consolidó desde sus inicios como un proyecto con fuerte sentido misional, el cual buscaba encarnar valores humanistas y científicos propios de su época. En principio, la labor se inscribía en proveer atención médica a los llamados males sociales de la época - como la tuberculosis, el alcoholismo, las enfermedades infecciosas, el retraso mental y la locura.

El otrora Instituto Frenopático atravesó la última dictadura en Argentina - como muchas instituciones psiquiátricas - enfrentando el impacto de la crisis del sistema hospitalario, un empobrecimiento estructural y la fragmentación del sistema de salud. En paralelo, surgieron nuevas perspectivas en salud pública que se enfocaron en la noción de vulnerabilidad social y promovieron el respeto por los derechos de los usuarios. Estas transformaciones acompañaron el pasaje hacia una atención más integral y ética, con foco en la calidad y seguridad en el trato de las personas que padecen una problemática de salud mental (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

A partir del año 2010, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º26.657, se produce el punto de inflexión. En este contexto, el IFSA inició un proceso de transformación institucional profunda que incluyó un modelo integral y comunitario de atención, la reorganización de servicios y la diversificación de dispositivos ambulatorios, sociolaborales y la progresiva sustitución del formato monovalente hacia uno polivalente, tal como establece el Decreto Reglamentario N.º 603/2013 (2010, ley No. 26.657, Argentina). Durante la pandemia por COVID-19 en el 2020, el Instituto se vio obligado a realizar una reestructuración urgente de los servicios: protocolos de aislamiento, vigilancia epidemiológica y redistribución de espacios. Asimismo hubo innovaciones que hoy en día se integran en la práctica clínica, a saber: el rediseño del proceso de admisión, la implementación de tecnología para asistencia remota y el fortalecimiento de la articulación con la red de salud general (de Lellis, Lucchetti y Virgillo, 2021).

En la actualidad el equipo de salud mental del Instituto O'Gorman acompaña a aquellos pacientes que ante la situación de salud presente o en relación con patologías preexistentes requieran de su apoyo en el proceso de rehabilitación, atentos a las necesidades emocionales o los requerimientos terapéuticos específicos de cada persona ofreciendo: evaluación psiquiátrica y psicológica integral; programas de tratamiento especializados que abordan los problemas subyacentes de adicción, depresión u otros trastornos psiquiátricos; terapia individual y grupal centrada en la recuperación, el autoconocimiento y el desarrollo de habilidades para la vida; apoyo en la reintegración social y comunitaria, incluida la capacitación laboral, la vivienda asistida y la conexión con recursos de apoyo en la comunidad; coordinación de cuidados con otros profesionales de la salud para asegurar un enfoque integral del tratamiento y la rehabilitación; seguimiento clínico integral, para brindar atención a pacientes con patologías del área de la salud mental con dificultades clínicas adicionales que requieren cuidado especializado y personalizado. Asimismo el instituto ofrece una atención interdisciplinaria para el cuidado paliativo con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades terminales, crónicas o avanzadas, como así también la atención de personas mayores, a quienes brinda un cuidado especializado que aborde las necesidades médicas, emocionales y sociales de manera integral.

De esta manera, se pudo obtener una muestra diversa y amplia, integrada por sujetos de distintos grupos etarios, sexos y diagnósticos, lo que permitió dar cuenta de la variabilidad existente en la población estudiada y otorgando mayor consistencia a los análisis descriptivos y correlacionales desarrollados.

## **Problema y pregunta de investigación**

La pregunta de investigación que orientó este trabajo fue: ¿Qué perfiles sintomatológicos se ven mayormente prevalentes al momento de la internación de hombres y mujeres de entre 18 a 65 años en el Instituto O'Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?. Resulta relevante acotar que la misma surgió ante el interés de reconocer que la evaluación psicológica se ha desarrollado en los últimos años como una herramienta que coadyuva en el necesario ajuste a la complejidad creciente de la demanda clínica psicoterapéutica. Entendiendo además que la incorporación de instrumentos clínicos de aplicación sencilla y rápida permitiría obtener información relacionada con la severidad de la sintomatología al momento de ingreso para su internación, y para así poder evaluar de esta manera niveles de severidad y urgencia.

Desde el informe de avance realizado por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (2023) en cuanto a la evolución del malestar psicológico 2004-2023, se revelan datos estadísticos sobre la evolución del malestar psicológico en la población argentina. El estudio demostró que uno (1) de cada cuatro (4) adultos en Argentina presenta sintomatología ansiosa y depresiva, y que este índice sigue en aumento. Asimismo, se concluyó que el malestar psicológico en el año 2023 llegó a su máxima representatividad con el 26,7%.

Por su parte, Rodríguez Espínola, Paternó Manavella y Garófalo (2023) pusieron en evidencia que en los últimos veinte años las mujeres presentaron mayores índices de malestar psicológico en comparación con los hombres. Otro indicador da cuenta que el nivel socioeconómico bajo demostró mayor presencia de sintomatología depresiva y ansiosa; y que, a su vez, las personas con menor nivel educativo manifestaron mayores niveles de malestar psicológico. Por último, el rango etario con mayor prevalencia de malestar psicológico, se determinó que es el comprendido entre los 35 hasta los 59 años.

## **Relevancia de la temática**

Aún contando con una alta tasa de internaciones por salud mental, se pudo observar que son escasos los estudios de la casuística respecto a los síntomas de malestar psicológico prevalentes en la persona al momento de la toma de decisión de internación en el sistema de salud público o privado y su correspondencia con los diagnósticos obtenidos.

El interés en esta investigación se ha visto impulsado por la importancia percibida acerca de contar con conocimientos nuevos y empíricos que puedan facilitar la toma de decisiones a partir de datos que posibiliten intervenciones más ajustadas con la población estudiada.

Al evaluar y comparar los perfiles sintomatológicos entre hombres y mujeres internados, explorar las diferencias de tipo de síntomas con mayor presencia entre rangos etarios al momento de la internación, y relacionar los diagnósticos con el perfil sintomatológico con mayor presencia de las personas internadas, se contará con un acercamiento específico respecto a las condiciones sintomatológicas y los determinantes para la toma de decisiones en el curso de la internación y su tratamiento.

Conforme a lo que se ha citado, se observa una vacancia de investigaciones sobre población argentina respecto a la utilización del instrumento SCL-90-R. Las investigaciones más actuales

halladas corresponden a poblaciones significativamente diferentes a la población que se propone estudiar en esta investigación, por lo que se seleccionaron los artículos más contemporáneos de poblaciones más similares a la de este trabajo, poniendo en relevancia el carácter dimensional del instrumento en cuanto a la idiosincrasia cultural a nivel latinoamericano, prioritariamente.

## **Objetivos generales y específicos**

### *Objetivo general*

Analizar los síntomas de malestar psicológico con prevalencia al momento de ingreso a la internación en el Instituto O'Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el período Julio-Noviembre 2025.

### *Objetivos específicos*

1. Evaluar y comparar los patrones de síntomas entre hombres y mujeres internados.
2. Explorar las diferencias de tipo de síntomas con prevalencia entre rangos etarios al momento de la internación.
3. Comparar los diagnósticos clínicos y patrones de síntomas con prevalencia de las personas internadas.

## **Hipótesis**

Se espera mayor presencia de la dimensión sintomática de depresión en relación a las ocho dimensiones restantes, en su mayoría mujeres de más de 35 años de edad, con diagnósticos clínicos relacionados con los trastornos del estado del ánimo.

## **Estado del arte**

El SCL-90-R es un instrumento de utilidad para la detección de sintomatología y de malestar psicológico. Casullo (2004) a partir de la investigación "Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos" presenta datos sobre síntomas psicopatológicos obtenidos mediante la administración de la versión en español del listado de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1994) a una muestra de adultos de población general (760) con edades entre 25 y 60 años. Su objetivo central fue estudiar los síntomas psicopatológicos en adultos que residen en ámbitos urbanos mediante la administración de la versión en español del listado de síntomas SCL-90-R, a fin de poder aplicar la técnica mencionada en estudios epidemiológicos. No se han encontrado diferencias estadísticas significativas, según sexos, para las dimensiones hostilidad, psicoticismo e ideaciones paranoides. Si se tiene en cuenta la variable edad, entre las mujeres mayores (44 a 60 años) es más elevado el índice de malestares positivos (IMPS) que entre los varones de ese grupo etario, en tanto que los varones más jóvenes (25 a 36 años) revelan valores promedios más altos que las mujeres de la misma edad en obsesiones y compulsiones (OBS).

Sin embargo, son escasos los estudios en base a población clínica en Argentina, por lo que Sánchez y Ledesma (2009) se propusieron investigar acerca del funcionamiento del SCL-90-R en población clínica argentina. La muestra se compuso por 570 participantes que respondieron el

instrumento como parte de un proceso de admisión ante la demanda de asistencia psicoterapéutica. Un aspecto muy importante del estudio es que se encontraron diferencias significativas en las dimensiones del instrumento según el género de los participantes. La mayor prevalencia de síntomas patológicos y malestar psicológico corresponde a las mujeres. Mostrando más elevadas las dimensiones de somatización (SOM), depresión (DEP), ansiedad (ANS) y sensibilidad interpersonal (SI), en relación a los hombres de la muestra. Teniendo en cuenta la muestra en general, los resultados arrojaron que los síntomas más elevados fueron en las dimensiones de depresión (DEP), obsesiones y compulsiones (OBS) y ansiedad (ANS). Se presentan datos normativos desagregados por género para su uso en la práctica psicoterapéutica. Toda esta evidencia preliminar sugiere un buen funcionamiento del SCL-90-R en población clínica.

Lacunza (2019) analiza los síntomas de malestar psicológico en adolescentes del norte de Argentina en situaciones de vulnerabilidad. Esta investigación tuvo como objetivo encontrar síntomas psicopatológicos en niños y adolescentes de zonas rurales y semirurales, que recibieron escolarización en provincias del norte argentino (Lacunza, 2019). La muestra consta de 346 adolescentes desde los 12 hasta 18 años. Lacunza realizó comparaciones respecto al género de los participantes. En la misma se encontró mayor presencia de síntomas psicopatológicos en las participantes mujeres en comparación a los hombres de la muestra.

Considerando aportes latinoamericanos, Molina Coloma, Pérez y Salaberría (2018) realizaron un estudio cuantitativo descriptivo y comparativo en Ecuador. El mismo se compuso de una muestra total de 193 participantes, de los cuales 101 eran reclusos y los 92 restantes eran residentes de Ecuador que compartían características similares con los reclusos en cuanto a la edad y sexo. Los resultados demostraron mayor presencia de índices de síntomas psicopatológicos en la población carcelaria. Los hombres reclusos no demostraron diferencias significativas respecto a los hombres de la población general. A diferencia de ellos, las mujeres reclusas presentaron un alto nivel de malestar psicológico en comparación con las mujeres de la población general.

Rivera Ledesma et al. (2013) estudia las conductas de riesgo y el estrés psicológico, utilizando el SCL-90-R como escala de medición. La muestra constaba de 466 estudiantes de una universidad de Ciudad de México. Los resultados permitieron observar que los hombres tendían a puntuar más bajo que las mujeres en las dimensiones sintomatológicas, pero no significativamente. Asimismo, Rivera Ledesma et al. (2013) concluyeron que el SCL-90-R es un instrumento que cuenta con la consistencia interna óptima en relación con resultados obtenidos en investigaciones de Argentina, México, Chile y España. Por ello se puede pensar en esta escala de medición como una opción con validez científica para estudios interculturales.

A su vez en España, Sáez y Ruiz (2017), utilizaron el instrumento SCL-90-R para analizar la presencia de síntomas patológicos en 106 personas que se encontraban en rehabilitación de consumo de drogas. Los resultados obtenidos constan de mayor presencia de síntomas depresivos (DEP) y la más baja fue la dimensión de síntomas relacionados con la ansiedad fóbica (FOB). Estos resultados fueron comparados con población no clínica y población psiquiátrica. En comparación con la primera población los autores se encontraron con mayor presencia de sintomatología

psicopatológica por parte de las personas en tratamiento ambulatorio; los mismos, en comparación con la población psiquiátrica, demostraron menos gravedad sintomatológica.

## Marco teórico

Desde el modelo integrativo desarrollado por Fernández Álvarez (1992), se conceptualiza a la salud como “un equilibrio funcional, un bienestar general que refleja una armonía entre funciones biológicas, psicológicas y sociales. Desde esta perspectiva, todos los trastornos o enfermedades son biopsicosociales” (Gómez y Mazzulla, 2008, p.390).

Fernández-Álvarez (2017) menciona que para lograr un buen diagnóstico se debe partir desde la exploración y evaluación de los comportamientos. Desde esta perspectiva, se piensan a los síntomas como la primera expresión que aqueja a quien tiene un trastorno particular o está transitando un proceso disfuncional en general. Los síntomas son, en muchas ocasiones, la expresión de un padecimiento en la experiencia subjetiva. Los patrones sintomáticos, se pueden definir desde este modelo como la forma de expresar situaciones disfuncionales que provocan malestar, insatisfacción o dolor en las personas.

En este sentido resulta relevante el concepto de malestar subjetivo. Grill et al. (2019) describen:

“Se entiende por malestar subjetivo el grado de estrés percibido que una persona puede expresar en distintos niveles -cognitivo, emocional, conductual y relacional con diferente intensidad y persistencia, y que puede afectar considerablemente el estado de salud personal (Hernández et al., 2007). Se expresa predominantemente a través de la presencia de emociones negativas como ira, miedo, tristeza u hostilidad, pero también por la ausencia de emociones positivas. Se trata de dos dimensiones que representan estados afectivos o disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables. Estas emociones se corresponden con los constructos de afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) respectivamente, representando este último una dimensión general de estrés subjetivo (Sandín et al., 1999). Existe un importante consenso en considerar indicadores de malestar subjetivo las medidas de ansiedad, depresión e ira (Cano Vindel y Miguel Tobal, 2000; Sivak, 2008).” (p.4)

Por otra parte, Belloch Fuster y Fernández Álvarez (2010) expresan que:

“El concepto de trastorno psicológico hace referencia a una alteración transitoria de uno o más aspectos del funcionamiento mental habitual de una persona, que tiene consecuencias negativas en muy diversos ámbitos: en su actividad cotidiana (interferencia), en su crecimiento y desarrollo individual, en su estado de ánimo, en sus relaciones personales, en su adaptación a los cambios y las novedades, o en su comportamiento, entre otros. Los trastornos mentales producen un sufrimiento personal importante, que impregna muchos aspectos de la experiencia de la persona y modifica su forma de “*estar en el mundo*” y de experimentarlo (en muchos casos de manera dramática)” (2010, p.22).

La noción de trastorno alude a una anomalía, disfunción, o alteración, focalizada en algún sistema, función, o procesos específicos como, por ejemplo, la capacidad cognitiva, la expresión de emociones, el comportamiento social, entre otros. Bajo esta premisa, la responsabilidad primaria del cuadro clínico se atribuye directamente a la anomalía de dicho sistema o función.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, que se utilizó de referencia en esta investigación) publicado por la American Psychiatric Association (APA) en el año 2000, es un manual de referencia para la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales, ampliamente utilizado en los ámbitos clínico, académico y de investigación hasta la aparición del DSM-V. El DSM-IV-TR no introduce nuevos diagnósticos respecto del DSM-IV, sino que realiza una revisión del texto descriptivo, incorporando actualizaciones en cuanto a los datos epidemiológicos, características clínicas, curso y pronóstico de los trastornos, información cultural y de género, y las referencias bibliográficas. El propósito central del DSM es proporcionar criterios diagnósticos estandarizados, favoreciendo la confiabilidad diagnóstica, la comunicación entre profesionales y la comparabilidad de estudios científicos. El DSM-IV-TR adopta un enfoque descriptivo y ateórico, es decir, no se adscribe a un modelo etiológico específico, sino que se centra en la observación sistemática de síntomas y conductas. Esto lo convierte en una herramienta clave tanto para la práctica clínica como para la investigación empírica. El manual está organizado a partir de un sistema multiaxial, que permite una evaluación integral del sujeto, según los siguientes ejes:

- Eje I: Trastornos clínicos y otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, psicosis).
- Eje II: Trastornos de la personalidad y retraso mental, caracterizados por patrones persistentes y estables de funcionamiento.
- Eje III: Enfermedades médicas generales relevantes para la comprensión del cuadro psicológico.
- Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales que influyen en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico.
- Eje V: Evaluación Global del Funcionamiento (EGF/GAF), que estima el nivel general de funcionamiento psicológico, social y laboral.

En el Eje I se encuentran los Trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, tales como: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (se excluye el retraso mental, que se diagnostica en el Eje II); Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica; Trastornos relacionados con sustancias; Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Trastornos del estado de ánimo; Trastornos de ansiedad; Trastornos somatomorfos; Trastornos facticios; Trastornos disociativos; Trastornos sexuales y de la identidad sexual; Trastornos de la conducta alimentaria; Trastornos del sueño; Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; Trastornos adaptativos; y Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

En el Eje II se describen los Trastornos de la personalidad y retraso mental, tales como: Trastorno paranoide de la personalidad; trastorno esquizoide de la personalidad; Trastorno esquizotípico de la personalidad; trastorno antisocial de la personalidad; Trastorno límite de la

personalidad; Trastorno de la personalidad por dependencia; Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; Trastorno de la personalidad no especificado; Trastorno histriónico de la personalidad; Trastorno narcisista de la personalidad; Trastorno de la personalidad por evitación; y Retraso mental.

En este marco, el inventario SCL-90-R se constituye como un instrumento adecuado para la presente investigación, en tanto permite evaluar dimensiones sintomáticas vinculadas principalmente a los trastornos del Eje I, tales como depresión, ansiedad y somatización, así como un índice global de malestar psicológico. Si bien el instrumento no tiene valor diagnóstico categorial, su utilización resulta pertinente para la medición del malestar psicológico actual en el sujeto, en consonancia con el enfoque descriptivo y empírico que sustenta el DSM-IV-TR.

En cuanto a la descripción de las nueve dimensiones de síntomas que evalúa el inventario SCL-90-R, Casullo (2008) las define de la siguiente manera: 1- somatizaciones (SOM) como la que evalúa malestares relacionados con disfunciones corporales; 2- obsesiones y compulsiones (OBS) refieren a síntomas relacionados a pensamientos, acciones e impulsos vivenciados como no deseados e inevitables; 3- sensibilidad interpersonal (SI), es definida como aquella que evalúa la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación; 4- depresión (DEP) que evalúa manifestaciones clínicas de estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideas suicidas. 5- ansiedad (ANS), la misma evalúa la presencia de signos generales de la misma como el nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos; 6- hostilidad (HOS) hace alusión a pensamientos, sentimientos y acciones que caracterizan la presencia de afectos negativos de enojo; 7- ansiedad fóbica (FOB) representa una respuesta persistente de miedo irracional y desproporcionada comparándola con el estímulo; 8- ideación paranoide (PAR) alude a desórdenes del pensamiento, pensamiento proyectivo, suspicacia y temor a perder la autonomía; y 9- psicoticismo (PSIC) refiere a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

Aparte de las nueve dimensiones mencionadas anteriormente el inventario también incluye siete ítems con relevancia clínica. Estos son el poco apetito, problemas para dormir, pensamientos acerca de la muerte, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo y sentimientos de culpa.

El inventario cuenta con tres índices globales de malestar psicológico. El primero de ellos es el índice de severidad global (ISG) que es aquel que indica el nivel de severidad del malestar actual. El total de síntomas positivos (TSP) es aquel que suma las respuestas positivas de la persona. El índice de malestar sintomático positivo (IMSP) evalúa los estilos de respuesta, permitiendo observar si el individuo tiene una tendencia a exagerar o minimizar los malestares.

Molina Coloma; Salaberría; y Pérez (2018) expresan que “a nivel mundial, casi una de cada 10 personas padece un trastorno mental y del comportamiento” (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2015). En Europa, Wittchen et al. (2011) señalan que :

“Uno de cada tres europeos padece un problema de salud mental, es decir, la tasa de trastornos es de 32.8 % de la población general. En concreto, los problemas de salud mental más prevalentes son los trastornos de ansiedad, el insomnio, la depresión mayor, los trastornos psicósomáticos y el consumo de drogas y alcohol en

adultos. Por otra parte, en América Latina y el Caribe, se ha encontrado que los trastornos de mayor prevalencia son la depresión mayor, la distimia, la psicosis no afectiva, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el abuso o dependencia de alcohol y otras drogas (Kohn y Rodríguez, 2009). (...) Los sistemas de salud, en lo que respecta a la salud mental, no han dado una respuesta adecuada a nivel de tratamiento, particularmente en los países de ingresos medios y bajos” (OMS, 2013)

La Organización Mundial de la Salud en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 manifiesta que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales.

En particular con relación a esta situación en Argentina, Lacunza (2019) retoma el planteo que la Ley de Salud Mental N.º 26657 propone en cuanto a la necesidad de identificación temprana de la salud mental de niños y adolescentes expuestos a situaciones de vulnerabilidad desde un enfoque de derechos. La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2019), propone una mirada desde el modelo basado en la promoción de la salud, la prevención, la atención y la rehabilitación psicosocial, promoviendo un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial que entienda los complejos procesos de salud-enfermedad en los ámbitos donde los sujetos desarrollan su vida cotidiana. En un país con innumerables vaivenes socioeconómicos, la salud mental de la población se ve afectada con mayor prevalencia y gravedad.

## Desarrollo metodológico

### **Tipo de investigación**

La investigación se constituye como un estudio de tipo cuantitativo ya que se buscó analizar las relaciones entre las variables del malestar psicológico en la internación, para luego explorar y comparar las posibles diferencias entre grupos definidos por el género, la edad y los diagnósticos clínicos. Como definen Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010) un enfoque cuantitativo es aquel que al recolectar datos busca probar hipótesis, basándose en la medición numérica y análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y también probar teorías.

La investigación es de carácter no experimental cuantitativo de corte transversal ya que se recopilaban datos en un momento único (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Las variables que se analizaron e interrelacionaron, se tomaron en un momento dado específico.

El diseño de la investigación es de tipo descriptivo, ya que lo que busca lograr es identificar y describir la incidencia de las variables propuestas en la población seleccionada. Los diseños

descriptivos indagan la incidencia de modalidades o niveles de variables en una población (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). A su vez, la presente investigación también cuenta con un diseño correlacional-causal, el mismo se debe a que se evaluaron y compararon los resultados obtenidos agrupando a la población en base a su edad, sexo y diagnóstico clínico. Los diseños correlacionales-causales describen relaciones entre categorías o variables, en un momento determinado (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010).

### **Unidad de análisis, población y muestra**

Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación y el planteamiento del problema, se tomará como unidad de análisis a los pacientes internados en el Instituto O´Gorman que tengan entre 18 a 65 años de edad. La población sobre la cual se pretende generalizar los resultados es población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra se configuró con 98 adultos de entre 18 y 65 años de edad internados en el Instituto O´Gorman de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El método de recolección de la muestra fue no probabilístico, dado las características de la investigación la elección de los elementos depende de la toma de decisiones del investigador (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio 2010). La muestra tiene carácter intencional por conveniencia del investigador, ya que la presente investigación se realiza con casos disponibles a los que se tuvo acceso para abordar la problemática de interés (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010). Por la muestra alcanzada se puede decir que la misma es representativa.

Los criterios de inclusión determinados para la muestra fueron admitir adultos mujeres u hombres, desde 18 años hasta 65 años inclusive, que no superaran una semana de ingresados en la clínica y a los que no se les había tomado la escala previamente, durante el período de julio a noviembre 2025.

De la muestra, del 51,02% se obtuvo el diagnóstico clínico determinado por los profesionales responsables de la internación. Del 100% pudo establecerse edad, sexo y síntomas prevalentes.

### **Fuentes**

Las fuentes utilizadas fueron primarias, ya que se recopilaron datos originales del instrumento.

### **Instrumento**

Los instrumentos de evaluación son de gran utilidad para ajustar el juicio clínico. Tal como expresan Maristany y Fernández Álvarez (2009) “permiten al terapeuta obtener información complementaria a la entrevista, que será aplicada al desarrollo de hipótesis. Asimismo, estos instrumentos colaboran en la ponderación de los recursos disponibles por parte de los pacientes y permiten contar con datos para un diagnóstico adecuado.” (p.67) El diagnóstico dimensional será la base sobre la que se formularán otras decisiones de intervención, por lo que una de las principales

funciones clínicas que debe tener la utilización de instrumentos es ayudar al clínico en el diseño y la evaluación del proceso terapéutico en su totalidad para una práctica adecuada en salud mental. En este sentido los autores expresan la importancia de identificar las dimensiones más relevantes que debe medir una batería de técnicas para aportar datos para el diagnóstico dimensional y la propuesta de tratamiento. Entre otras, Maristany y Fernández Álvarez (2009) mencionan al inventario SCL-90-R como una técnica de la que:

“Se obtiene un puntaje en nueve subescalas: somatización, obsesiones y compulsiones, ansiedad, depresión, ansiedad fóbica, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y psicoticismo. El índice global de severidad (GSI) es el mejor indicador del grado de severidad del trastorno, y es usualmente utilizado para la evaluación de resultados, ya que combina la información del número de síntomas y la intensidad del estrés. Presenta un alto grado de validez y consistencia interna. Contamos con baremos locales. Muestra correlación elevada con el BDI (Inventario de depresión de Beck) y el STAI (Inventario de ansiedad Estado-Rasgo). Evalúa síntomas que reflejan el estado del paciente, no pueden evaluarse dimensiones o patrones estables de la personalidad” (p.74)

El Inventario de Síntomas SCL-90-R fue creado por Derogatis (1994) y cuenta con traducción a 26 idiomas. Dispone con baremos de población argentina, realizados por Casullo y Pérez (2008). El inventario evalúa patrones de síntomas presentes en individuos en la última semana. Se puede utilizar tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico (Casullo y Pérez, 2008). Es un inventario de carácter autoadministrable, con 90 ítems los cuales deben responderse en base a una escala de cinco puntos. El cero corresponde a nada, uno corresponde a muy poco, dos corresponde a poco, tres a bastante y cuatro equivale a mucho. Estos ítems evalúan nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico. Como ya se ha descrito, las nueve dimensiones sintomáticas son: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Mientras que los índices globales de malestar psicológico se componen del: índice global de severidad, total de síntomas positivos e índice de malestar sintomático positivo.

## **Procedimiento**

El procedimiento de la investigación inició con la recolección de datos mediante la toma del inventario SCL-90-R. El contacto con los sujetos se realizó en el marco institucional en el que se encuentran internados los individuos, explicándoles los alcances y objetivos de la investigación y cómo serían resguardados los datos personales que proporciona al investigador. Luego de ello se analizaron los datos obtenidos utilizando un software de organización de datos, Microsoft Excel, para lograr comparar agrupando la información correspondiente a grupos etarios, sexo y diagnóstico clínico.

## Criterios éticos

En relación con las consideraciones éticas, se obtuvo el consentimiento informado de manera verbal de los participantes al inicio de cada aplicación del inventario, comunicándose sobre los objetivos generales de la investigación como parte del trabajo final de la carrera de grado de Licenciatura en Psicología, enfatizando que la participación fue voluntaria para personas mayores de edad. Asimismo, se garantizó el resguardo de los datos recolectados, el anonimato de los participantes y la confidencialidad de la información, asegurando que los datos serían utilizados exclusivamente a los fines de esta investigación. Se respetó, además, el derecho de los sujetos a desistir de su participación en cualquier momento del proceso de administración, sin que ello implicara consecuencias negativas, en concordancia con los principios éticos que regulan la investigación en el ámbito de la salud y las ciencias sociales.

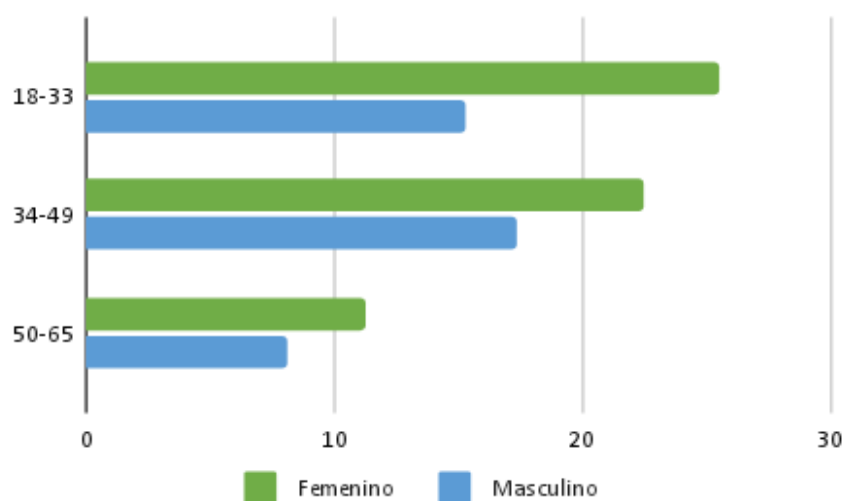
## Resultados de la búsqueda

La muestra de 98 pacientes fue segmentada en intervalos con una amplitud de 15 años cada uno. El primer rango se conformó por pacientes desde los 18 años de edad hasta los 33 años, este rango integró 40 pacientes del total. El segundo rango se compuso de pacientes desde los 34 años de edad hasta los 49 años, constituido por 39 pacientes. El último rango se conformó por pacientes desde los 50 años hasta los 65 años de edad, compuesto por 19 pacientes. Por ello se puede concluir que la mayor cantidad de la muestra formaba parte del rango etario de 18 a 33 años. (Ver Figura 1.A.)

Asimismo, otro de los análisis que se realizaron en esta población fue el sexo de la muestra. La misma se conformó por un 59,18% de mujeres y un 40,82% de hombres.

### Figura 1.B.

*Distribución por rangos etarios y sexos.*

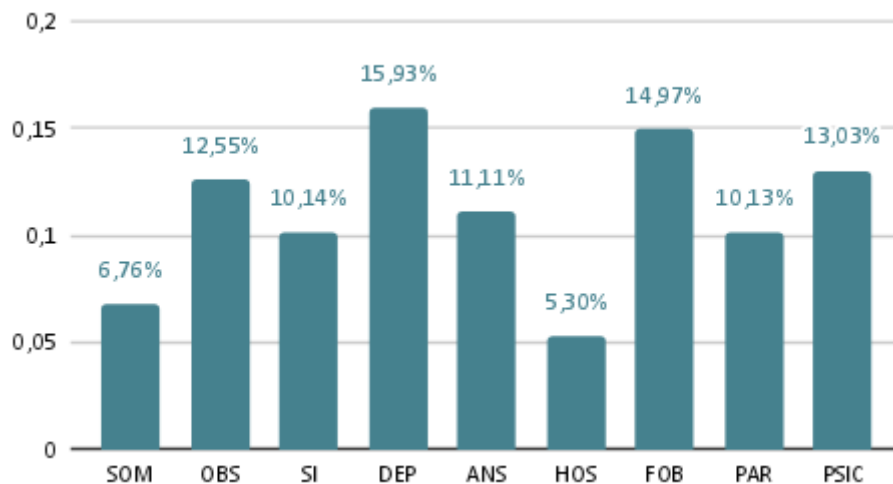


Fuente: elaboración propia (2025)

En cuanto al Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis, la dimensión sintomática más prevalente fueron los síntomas de depresión, con el 15,93% de la totalidad de la presencia de síntomas en los pacientes evaluados. A la dimensión de síntomas depresivos (DEP) le sigue la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB) con un 14,97% y luego los síntomas de obsesiones y compulsiones (OBS) con un 12,55%.

**Figura 1.C.**

*Dimensiones de síntomas prevalentes en muestra total*



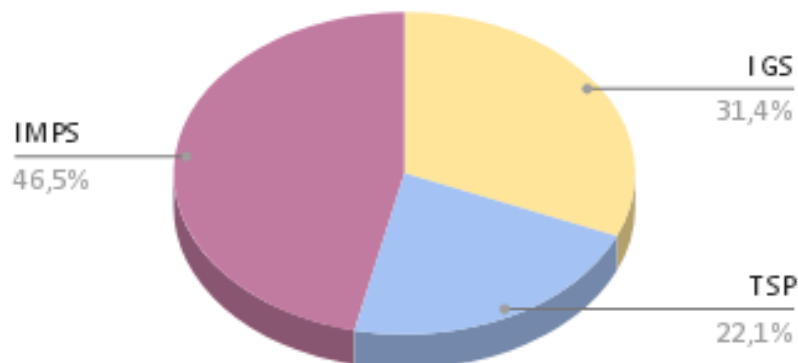
Fuente: elaboración propia (2025)

Siguiendo estas tres dimensiones sintomáticas prevalentes en la muestra se pudo diferenciar entre los sexos de los pacientes. En primer lugar, la dimensión de síntomas de depresión (DEP) se conformó por una mayoría de masculinos (8,69%). En la dimensión sintomática de obsesiones y compulsiones (OBS) se pudo observar una mayoría femenina (7,24%). Por último en la dimensión sintomática de ansiedad fóbica (FOB) se encontró una mayoría de población femenina (9,66%), este nivel sintomático fue en el que se encontró una mayor diferencia entre sexos, caracterizado por una brecha del 4,35%. Otra de las dimensiones sintomáticas en las que se observó una mayor diferencia entre el sexo femenino y el masculino fue el de síntomas de sensibilidad interpersonal (SI), con una diferencia del 3,38%. (Ver Figura 1.D.)

En cuanto a los tres Indicadores Globales, compuestos por el índice de severidad Global (IGS), el total de síntomas positivos (TSP) y por el índice de malestar sintomático positivo (IMPS), se pudo observar una mayor incidencia del IMSP. Este último es aquel indicador que evalúa el estilo de respuesta, analizando si la persona testeada tiene una tendencia a exagerar o a minimizar los malestares que padece. Asimismo aquellas puntuaciones que se muestran como extremas sugieren que los estilos de respuesta deberían analizarse como patrones de respuesta de fingimiento (Casullo, 2008).

**Figura 1.E.**

*Incidencia de Indicadores Globales*



Fuente: elaboración propia (2025)

Por último, con la muestra de 98 pacientes, se realizó un análisis con mayor profundidad sobre las nueve dimensiones de síntomas y los tres indicadores globales, relacionándolos con los rangos etarios mencionados anteriormente. Como resultado se obtuvo que la prevalencia del primer rango etario, de 18 a 33 años de edad, presentó mayor prevalencia en la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB) de la escala con un 54,83% de presencia en las respuestas al Inventario SCL-90-R correspondientes al rango mencionado. En cuanto al segundo rango etario (34 a 49 años de edad) se observó mayor presencia del mismo en la dimensión sintomática de depresión (DEP), con el 33,33% de las respuestas de pacientes. El tercer rango etario (de 50 a 65 años de edad) demostró mayor incidencia en la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB), con el 25,8% de presencia en respuestas al test en comparación a las demás dimensiones de síntomas.

En cuanto a los índices Globales de malestar psicológico en los tres rangos etarios el que se vió más exacerbado fue el índice de malestar sintomático positivo (IMPS), aún así el rango etario que cuenta con un porcentaje más elevado de este indicador es el rango desde los 18 años hasta los 33 años. (Ver Figuras 1.F., 1.G. y 1.H.)

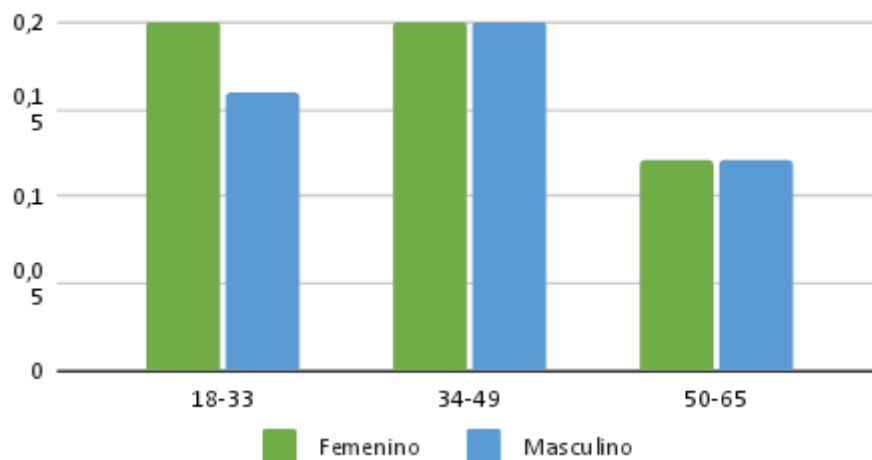
En esta segunda parte del análisis de los resultados de la investigación se analizarán los datos obtenidos mediante la administración del Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis en relación con los diagnósticos de admisión de los pacientes evaluados. Como se mencionó anteriormente, del 51,02% de la muestra total se obtuvo el diagnóstico clínico determinado por los profesionales responsables de la internación, por ello esta parte del análisis metodológico se realizará teniendo en cuenta esta muestra.

La misma se encuentra compuesta por tres rangos etarios, los mismos fueron divididos de la misma forma que en el análisis que se realizó anteriormente, en intervalos de 15 años. El primer rango comprende desde los 18 hasta los 33 años de edad, el segundo desde los 34 hasta los 49 años de edad y el tercero desde los 50 hasta los 65 años de edad. El primer rango compone el 36%

de la muestra total donde el 20% corresponde al sexo femenino y el 16% al masculino. El segundo rango compone el 40% de la muestra total, donde el sexo femenino y el masculino se divide en la mitad exacta correspondiendo el 20% a cada categoría. El tercer rango compone el 24% total de la muestra, conformándose por la misma proporción de pacientes del sexo femenino y del sexo masculino, correspondiendo el 12% cada grupo. Por ende se puede determinar que la muestra contó con un 52% de pacientes del sexo femenino y un 48% de pacientes del sexo masculino.

**Figura 2.B.**

*Distribución por rango etario y sexo en muestra con diagnóstico de admisión*



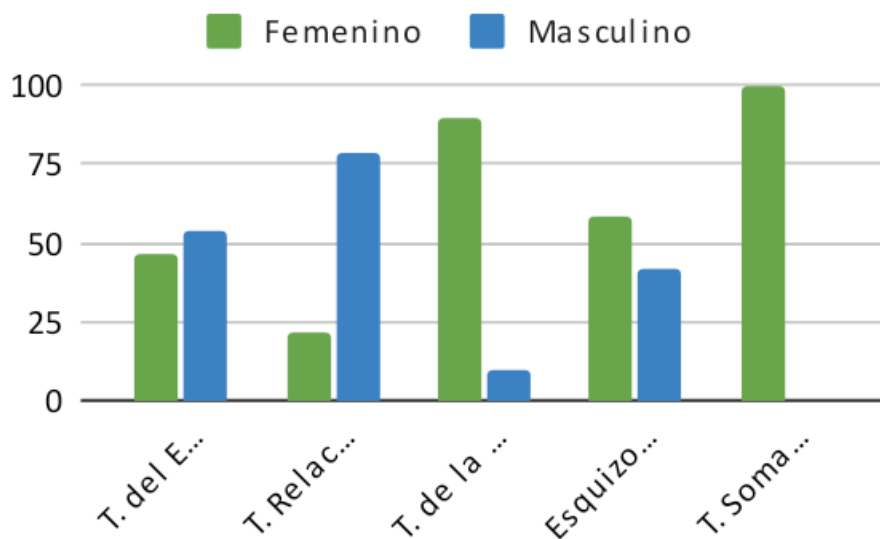
Fuente: elaboración propia (2025)

En cuanto al diagnóstico, la muestra total se halló caracterizada por 5 categorías diagnósticas que siguen la clasificación propuesta por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, utilizándose la edición número 4 revisada (DSM IV TR). La muestra se divide en 5 tipos de trastornos, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y trastornos somatomorfos.

La categoría diagnóstica con mayor prevalencia en los pacientes evaluados fue la que corresponde con los trastornos relacionados con sustancias, concluyendo el 28% del total de muestra. Este grupo se encontró altamente referenciado en pacientes del sexo masculino (Ver Gráfico 2.C.). Luego, le siguió el grupo de trastornos relacionados con el estado del ánimo, el cual contempló al 26% de la muestra, sin mostrar una diferencia significativa entre pacientes del sexo femenino y del masculino. Los trastornos relacionados con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos conformaron el 24% de la muestra total. Seguidamente los trastornos de la personalidad describieron el 20% de la muestra. Por último se encontró un diagnóstico proveniente del grupo de los trastornos somatomorfos, concluyendo el 2% de la muestra.

**Figura 2.C.**

*Distribución de sexos en diagnósticos, en muestra con diagnóstico de admisión*

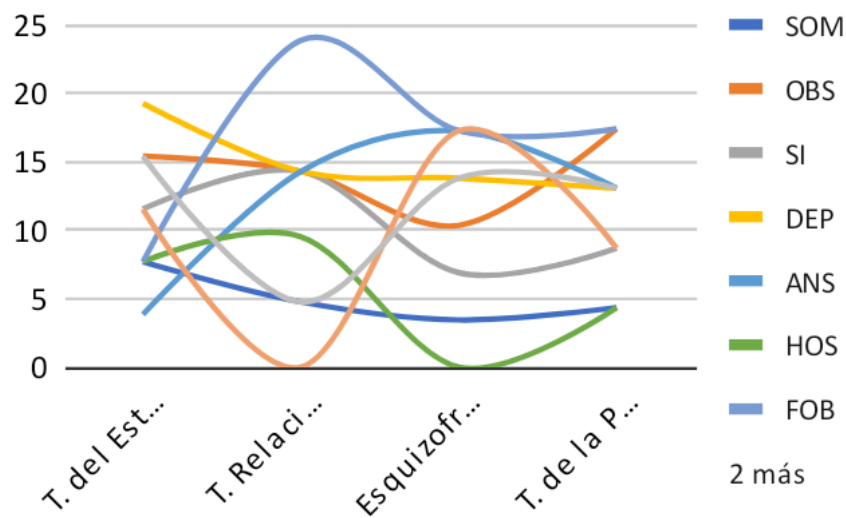


Fuente: elaboración propia (2025)

En relación con los sexos de la muestra mencionada, en el grupo de trastornos relacionados con sustancias, como se mencionó anteriormente, se encontró una presencia altamente significativa de pacientes del sexo masculino correspondiéndole al 78,57% del total, mientras que el sexo femenino compone solo el 21,43%. En cuanto a los trastornos del estado del ánimo la diferencia entre ambos sexos no es tan exponencial, el sexo femenino compuso el 46,15% y el sexo masculino el 53,85%. En el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también se encontró equilibrado entre ambos sexos, el sexo femenino constituyó el 58,34% de la muestra y el sexo masculino el 41,66%. En cuanto a los trastornos de la personalidad se pudo observar una diferencia altamente significativa entre ambos sexos, donde pacientes con sexo femenino mostraron una mayor presencia en relación a la muestra correspondiente a este grupo diagnóstico, conformando el 90% mientras que el sexo masculino conformó el 10% de la muestra total. Por último el grupo diagnóstico de trastornos somatomorfos se encontró dimetralmente caracterizado por presencia del sexo femenino componiendo el 100% de la muestra de este diagnóstico.

**Figura 2.D.**

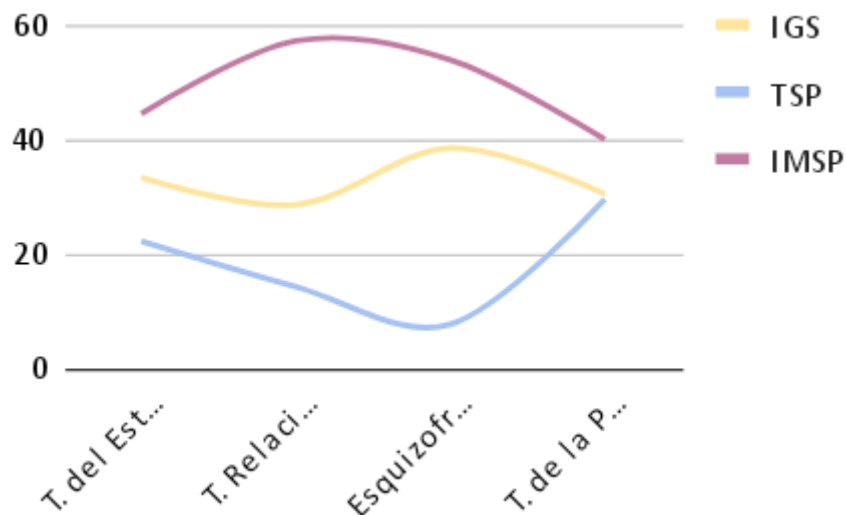
*Diagnósticos y Dimensiones de Síntomas del SCL-90-R, en muestra con diagnóstico de admisión*



Fuente: elaboración propia (2025)

Analizando los datos obtenidos mediante la administración y el análisis del SCL-90-R. (Ver Figura 2.D. y 2.E.)

**Figura 2.E.** *Diagnósticos e Indicadores Globales del SCL-90-R, en muestra con diagnóstico de admisión*



Fuente: elaboración propia (2025)

### **Trastornos del estado de ánimo**

En este grupo de diagnósticos se encontró mayor presencia en la dimensión de síntomas de depresión (DEP) (19,24%), por lo observado, el SCL-90-R puede detectar síntomas prevalentes que

pueden contribuir a la formulación diagnóstica. Asimismo se identificó presencia equivalente en la dimensión de síntomas de obsesiones y compulsiones (OBS) (15,39%) y la dimensión de síntomas de psicoticismo (PSIC) (15,38%). (Ver Figura 2.F.)

### ***Trastornos relacionados con sustancias***

En esta categoría diagnóstica se pudo observar que la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB) (23,84%) fue la que demostró una presencia elevada en los pacientes que padecían problemas con sustancias adictivas. Seguidamente, se pudo evaluar que las dimensiones de síntomas de obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP) y ansiedad (ANS) demuestran una presencia de equivalente proporción en los pacientes de esta categoría diagnóstica (14,28%). (Ver Figura 2.G.)

### ***Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos***

Los pacientes que formaron parte de este grupo diagnóstico presentaron tres dimensiones de síntomas elevados en la misma proporción (17,25%), estas dimensiones son los síntomas de ansiedad (ANS), de ansiedad fóbica (FOB) y de ideación paranoide (PAR). Seguidamente se encuentran las dimensiones sintomáticas de depresión (DEP) y de psicoticismo (PSIC) con el 13,79%. (Ver Figura 2.H.)

### ***Trastornos de la personalidad***

En cuanto a los trastornos de la personalidad se identificó que las dimensiones de síntomas más prevalentes fueron las de obsesiones y compulsiones (OBS) y ansiedad fóbica (FOB) con el 17,4%. Le siguen las dimensiones de síntomas de depresión (DEP), ansiedad (ANS) y psicoticismo (PSIC) con el 13,05%. (Ver Figura 2.I.)

Desde la perspectiva de cada dimensión de síntomas del SCL-90-R se pudo observar lo siguiente:

#### ***Dimensión de síntomas de Somatización (SOM)***

La categoría diagnóstica que presentó mayor prevalencia en esta dimensión de síntomas fueron los trastornos del estado del ánimo (40%). Los trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad se presentaron en la misma medida (20%) en la dimensión de somatización. (Ver Figura 2.J.)

#### ***Dimensión de síntomas de Obsesiones y Compulsiones (OBS)***

En esta dimensión tanto el trastorno del estado del ánimo y trastornos de la personalidad se observaron en la misma medida porcentual (28,57%). Por su parte los trastornos relacionados con sustancias y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos pudieron identificarse en la misma medida (21,42%). (Ver Figura 2.K.)

### ***Dimensión de síntomas de Sensitividad Interpersonal (SI)***

Tanto los trastornos del estado del ánimo como los trastornos relacionados con sustancias fueron los que demostraron mayor prevalencia en la dimensión de sensibilidad interpersonal (SI) (30%). Mientras que la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y los trastornos de la personalidad se pudieron identificar en la misma proporción (20%). (Ver Figura 2.L.)

### ***Dimensión de síntomas de Depresión (DEP)***

La categoría diagnóstica de trastornos del estado del ánimo fue la que presentó mayor prevalencia en la dimensión de síntomas de depresión (33,33%). Seguidamente, la categoría de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fue la que tuvo mayor presencia en esta dimensión sintomática (26,66%). Tanto los trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad se presentaron en igual medida (20%). (Ver Figura 2.M.)

### ***Dimensión de síntomas de Ansiedad (ANS)***

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fue el grupo con mayor prevalencia en esta dimensión sintomática (41,66%) con una amplia diferencia respecto a los demás diagnósticos. Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la personalidad se identificaron en igual medida en la dimensión de ansiedad (25%). Por último los trastornos del estado de ánimo se presentaron en menor medida (8,33%). (Ver Figura 2.N.)

### ***Dimensión de síntomas de Hostilidad (HOS)***

En esta dimensión se identificó que tanto los trastornos del estado de ánimos como los trastornos relacionados con sustancias son prevalentes en la misma medida (40%), mientras que los trastornos de la personalidad se observaron en menor medida (20%). La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos no presentaron ningún indicio en esta dimensión de síntomas. (Ver Figura 2.O.)

### ***Dimensión de síntomas de Ansiedad Fóbica (FOB)***

Se pudo observar que los trastornos relacionados con sustancias y la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos son prevalentes en igual medida en esta dimensión sintomática (31,25%). Seguidamente los trastornos de personalidad son aquellos que mostraron más disposición en la dimensión de ansiedad fóbica (25%). Por último los trastornos del estado del ánimo fueron los que se mostraron en menor medida en esta dimensión de síntomas (12,5%). (Ver Figura 2.P.)

### ***Dimensión de síntomas de Ideación Paranoide (PAR)***

En cuanto a los síntomas de paranoia se pudo observar una prevalencia de los pacientes con diagnósticos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (50%). Seguidamente se presentan los trastornos del estado del ánimo (30%), y por último los trastornos de personalidad (20%). Los trastornos relacionados con sustancias no presentaron síntomas de paranoia al momento de la evaluación. (Ver Figura 2.Q.)

### ***Dimensión de síntomas de Psicoticismo (PSIC)***

Tanto los trastornos del estado del ánimo como la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se identificaron prevalentes en esta dimensión de síntomas (33,33%). A ellos le siguen los trastornos de la personalidad (25%), y por último los trastornos relacionados con sustancias en significativamente en menor medida (8,33%). (Ver Figura 2.R.)

En cuanto a los indicadores globales se pudo observar que:

### ***Índice Global de Severidad (IGS)***

En cuanto a este indicador la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fue el grupo que presentó mayor prevalencia en el indicador de severidad (38,46%). Seguidamente se encuentran los trastornos del estado de ánimo (33,33%), luego los trastornos de la personalidad (30,5%), y por último los trastornos relacionados con sustancias (28,57%). (Ver Figura 2.S.)

### ***Total de Síntomas Positivos (TSP)***

Se observó mayor prevalencia en síntomas positivos en aquellos pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad (29,5%). Luego se identificó mayor presencia en este indicador de pacientes con diagnósticos provenientes de los trastornos del estado del ánimo (22,22%). Seguidamente se encontró a pacientes con trastornos relacionados con sustancias (14,28%). Por último se encontraron a pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (7,69%). (Ver Figura 2.T.)

### ***Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP)***

En cuanto a este indicador global se observó que los pacientes con diagnósticos de trastornos relacionados con sustancias fueron los más prevalentes (57,15%). Seguido por pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (53,85%). Luego están aquellos pacientes con trastornos del estado de ánimo (44,45%). Por último los trastornos de la personalidad (40%). (Ver Figura 2.U.)

## **Análisis de resultados**

En esta sección, se analizan y relacionan los resultados descritos en el apartado anterior en función de los objetivos e hipótesis que impulsaron esta investigación.

Uno de los objetivos planteados al inicio de la investigación fue evaluar y comparar los patrones de síntomas entre personas del sexo femenino y del sexo masculino. En la muestra se obtuvo un total de 59,18% de personas del sexo femenino y un 40,82% del sexo masculino. Las mujeres presentaron mayor prevalencia en la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB). Mientras que los hombres se caracterizaron por demostrar mayor presencia en la dimensión de síntomas de depresión (DEP). Por lo que se puede decir que se encuentra una diferencia entre los

dos sexos analizados al momento de evaluar el tipo de dimensiones sintomáticas que presentan al momento de internación.

El segundo objetivo específico planteado corresponde a explorar los diferentes tipos de síntomas con prevalencia en rangos etarios. Con los datos recabados se puede concluir que el primer rango etario, que se encuentra desde los 18 hasta los 33 años de edad, y el tercer rango etario, desde los 50 hasta 65 años de edad, manifestaron mayor prevalencia en la dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB). Mientras que el segundo rango etario, que contempla desde los 34 hasta 49 años de edad, manifestó mayor presencia en la dimensión de síntomas de depresión (DEP).

El tercer objetivo que guió la investigación refiere a la comparación de los diagnósticos clínicos con los patrones de síntomas más prevalentes en los pacientes del Instituto O'Gorman. Los pacientes evaluados correspondían a 5 categorías diagnósticas, una de ellas no presentó ninguna dimensión de síntomas elevada por lo que no se pudo evaluar. Las 4 categorías diagnósticas con las que se trabajó correspondían a trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados con sustancias, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos y, por último, trastornos de la personalidad. La dimensión sintomática de depresión (DEP) se manifestó más prevalente en los trastornos del estado de ánimo. En trastornos relacionados con sustancias se presentó mayormente síntomas de ansiedad fóbica (FOB). En cuanto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se manifestaron en igual medida las dimensiones de síntomas de ansiedad, ansiedad fóbica y paranoia. Finalizando, en personas con trastornos de la personalidad revelaron mayor predominancia en síntomas de obsesiones y compulsiones (OBS) y de ansiedad fóbica (FOB).

Desde el punto de vista de las dimensiones sintomáticas, se pudo analizar mediante los datos obtenidos cuáles son los diagnósticos clínicos que se manifiestan mayormente en cada dimensión de síntomas, como se describe en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Diagnósticos clínicos prevalentes en cada dimensión de síntomas*

<b>Dimensiones de síntomas (SCL-90-R)</b>	<b>Diagnósticos clínicos más prevalentes</b>
<i>Somatizaciones</i>	Trastornos del estado del ánimo
<i>Obsesiones y Compulsiones</i>	Trastornos del estado del ánimo y Trastornos de la personalidad
<i>Sensitividad Interpersonal</i>	Trastornos del estado del ánimo y Trastornos relacionados con sustancias
<i>Depresión</i>	Trastornos del estado del ánimo
<i>Ansiedad</i>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
<i>Hostilidad</i>	Trastornos del estado del ánimo
<i>Ansiedad Fóbica</i>	Trastornos relacionados con sustancias y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

<i>Ideación Paranoide</i>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
<i>Psicoticismo</i>	Trastornos del estado del ánimo y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Fuente: elaboración propia (2025)

También se pudo evaluar aquellos diagnósticos prevalentes en cada uno de los tres indicadores globales:

**Tabla 2.**

*Diagnósticos clínicos prevalentes en cada indicador global de malestar psicológico*

<b>Indicadores Globales</b>	<b>Diagnósticos clínicos más prevalentes</b>
<i>Índice Global de Severidad</i>	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
<i>Total de Síntomas Positivos</i>	Trastornos de la personalidad
<i>Índice de Malestar Sintomático Positivo</i>	Trastornos relacionados con sustancias

Fuente: elaboración propia (2025)

La dimensión sintomática prevalente al momento de ingreso a la internación en el Instituto O'Gorman, es el patrón sintomático de la depresión (DEP). En la hipótesis de este trabajo se esperaba encontrar mayor prevalencia de esta dimensión, lo que se corroboró con los resultados obtenidos mediante la administración del test. Los aspectos de la hipótesis que se refutaron fueron en torno al sexo de la muestra que se esperaba encontrar más exacerbado en esta dimensión. Mediante el proceso de investigación se pudo verificar que la predominancia en la dimensión de síntomas depresivos (DEP) no correspondía al sexo femenino como en un primer momento se pensó, sino que el sexo masculino fue el que más lo manifestó. También se esperaba encontrar esta dimensión sintomática en rangos etarios mayores a 35 años de edad, lo cual se pudo rectificar mediante la obtención de datos que muestran mayor prevalencia en el rango de pacientes de entre 18 años hasta 33 años de edad. Aún así, el rango etario de entre 34 a 49 años de edad fue el que manifestó como dimensión sintomática más elevada, en comparación a las nueve restantes, la depresión (DEP).

## Discusión

En la actualidad, la demanda de atención psicológica en aumento y las altas tasas de internación, hacen visible la necesidad de investigación y desarrollo de herramientas que hagan posible la mejor atención a las demandas emergentes. En el presente trabajo se buscó explorar y recolectar datos e información de la casuística con el fin de conocer más sobre las implicancias del malestar psicológico de las personas que se encuentran en procesos de internación, como así también evaluar aquella sintomatología con mayor prevalencia al momento de admisión de pacientes en un instituto privado de salud mental con internación psicológica situado en el principal centro urbano de Argentina con más de tres millones de habitantes.

Las elevadas puntuaciones de síntomas de depresión obtenidas a partir de la muestra, pueden relacionarse con el lugar que ocupa como uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) quienes padecen de depresión en su mayoría son las mujeres, ya que es dos veces más frecuente en ellas que en los hombres (OPS, s.f.). En el presente trabajo se observó mayor incidencia de estos síntomas en hombres, esto se puede deber a características de la muestra utilizada según se enuncia en el análisis.

Desde la exploración de las dimensiones sintomáticas con mayor prevalencia al momento de una internación, se manifestaron con más incidencia síntomas de depresión, ansiedad fóbica y obsesiones y compulsiones. Esto se puede relacionar con lo que menciona el Observatorio de la Deuda Social Argentina sobre la incidencia de la sintomatología ansiosa y depresiva en población adulta, demostrando un incremento en relación a las investigaciones de los últimos años sobre la evolución del malestar psicológico (2023). Esto se relaciona con lo expuesto por la Organización Mundial de la Salud en cuanto que una de cada siete personas a nivel mundial padece de algún trastorno mental, la mayor prevalencia a escala mundial son los trastornos relacionados con ansiedad y depresión (2025).

El observatorio de la Deuda Social Argentina, muestra cómo a lo largo de los años en Argentina se vió en aumento el nivel de malestar psicológico en todos los rangos etarios que se evaluaron (de 18 hasta más de 60 años). Por su parte, el indicador de malestar psicológico (IMPS) que evalúa el SCI-90-R se encontró presente en todos los rangos evaluados en la investigación (de 18 hasta 65 años de edad).

A diferencia de la investigación realizada por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (2023), en el cual se evidenció mayor prevalencia de sintomatología de malestar psicológico por parte de adultos de 35 a 59 años, el rango etario que presenta la mayor prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en el presente trabajo de investigación fue el rango que abarca desde los 18 hasta 33 años de edad. La disminución del rango etario en el que aparece la sintomatología depresiva y ansiosa se torna significativa, y podría ser un factor de incidencia los efectos post pandemia en la población, siendo este aspecto un interés de indagación a futuro.

Desde el modelo cognitivo integrativo, Maristany y Fernández Álvarez (2009) plantean que la importancia de la evaluación de inicio en el tratamiento de trastornos mentales se debe a que su utilización tiene el objetivo de ayudar a formular el diseño y evaluación del proceso terapéutico en su

totalidad. Esto permite mejorar las habilidades terapéuticas del clínico para una práctica en salud mental más eficaz y adecuada. Los autores mencionados desarrollan igualmente aquellos aspectos a evaluar más importantes, siendo una de las dimensiones útiles y significativas a evaluar el grado de Severidad de la sintomatología presente. En el trabajo de investigación que se desarrolló se pudo observar la importancia de la identificación de las dimensiones sintomáticas prevalentes, ya que ello permite clarificar y enfocar el diseño del tratamiento a realizar. También se pudo analizar cómo las dimensiones de síntomas prevalentes corresponden positivamente con los diagnósticos clínicos, de la muestra que contaba con un diagnóstico de admisión.

Fernández Álvarez y Fernández Álvarez (2017) mencionan que la primera expresión que genera malestar en la persona es la autopercepción de síntomas, ello demuestra la utilidad y eficacia del Inventario de Síntomas SCL-90-R como instrumento clínico sencillo y beneficioso para obtener información para obtener un diagnóstico y criterio de intervención. Los autores también mencionan cómo en la última década los abordajes transdiagnóstico comenzaron a posicionarse en el escenario psicológico. Se plantea que una buena intervención es aquella que tiene en cuenta, de forma integrativa, la perspectiva de las conductas en las que se contextualiza la funcionalidad y experiencias en las que esos comportamientos están insertos.

Los síntomas que expresan disfunciones, desde la mirada de Fernández Álvarez y Fernández Álvarez (2017), se encuentran basados en patrones de organización personal. Esto quiere decir que la personalidad cumple un rol fundamental en las acciones y experiencias de las personas. Este aspecto puede ser otra línea futura de investigación sobre el malestar psicológico y personalidad en personas en procesos de internación.

El malestar subjetivo es definido por Grill et al. (2019) como el grado de estrés percibido en distintos niveles por la persona afectada, y puede afectar el estado de salud personal considerablemente. En la investigación de Grill et al. se planteó encontrar cuáles características de la personalidad se asociaban a un mayor malestar subjetivo (2019).

Este desarrollo permite preguntarse sobre los estilos de personalidad que podrían analizarse teniendo en cuenta índices globales del SCL-90-R. El Total de Síntomas Positivos (IMPS) obtuvo mayor prevalencia en personas con trastornos de la personalidad, lo que invita a pensar sobre el estilo de respuesta en aquellas personas que padecen de estos trastornos ya que, como menciona Casullo y Pérez (2008), puntuaciones elevadas en este índice puede relacionarse con tendencias a exagerar sus patologías.

Desde el análisis del índice de malestar sintomático positivo (IMPS) se obtuvo mayor prevalencia de pacientes con trastornos relacionados con sustancias. Las puntuaciones extremas en este indicador pueden inferir que los patrones de respuestas deben analizarse como actitudes de fingimiento (Casullo y Pérez, 2008).

## Conclusiones

A lo largo de la tesina se exploró por medio de la administración del Inventario de Síntomas SCL-90-R los patrones sintomáticos prevalentes en adultos de 18 a 65 años de edad internados en el Instituto O'Gorman. Se puede concluir que el SCL-90-R se evidenció como un instrumento clínico válido y pertinente para la medición de dimensiones sintomáticas y niveles de malestar psicológico en los pacientes recién ingresados en el Instituto. Demostrando de esta manera la utilidad para la evaluación adecuada y rápida de severidad y urgencia que demanda un proceso de intervención psicológica.

Se considera que la investigación presentada es relevante debido a su utilidad para proporcionar intervenciones más eficaces teniendo en cuenta el análisis de la sintomatología que produce el inventario utilizado. A su vez puede facilitar la labor psicológica al momento de tomar decisiones clínicas, evaluando el proceso y evolución sintomatológica de los pacientes.

Es importante estimular la posición preventiva y de promoción de la salud, teniendo en cuenta los conocimientos que proporciona la presente investigación. La utilización de este test de forma sistemática desde el proceso de admisión hasta la finalización del tratamiento puede proporcionar una mirada adecuada sobre la evolución del paciente.

La presente investigación aporta conocimientos nuevos sobre la problemática de incidencia en la población estudiada. Este estudio contribuye a cubrir la vacancia de investigaciones en población clínica argentina.

Como futura línea de investigación se podría agrandar la muestra para realizar una investigación más representativa de la población escogida. También sería interesante complementar el análisis de la muestra con otras técnicas de evaluación psicológica para poder explorar y comparar los datos obtenidos desde una batería psicológica, proporcionando un análisis más profundo y validado de las implicancias del malestar psicológico.

## Referencias bibliográficas

Belloch Fuster, A. y Fernández Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Editorial Síntesis, Madrid

Casullo, M.M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(001), 49-57.  
[https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Sanchez-25/publication/255821956\\_Analisis\\_Psicometrico\\_del\\_Inventario\\_de\\_Sintomas\\_Revisado\\_SCL-90-R\\_en\\_poblacion\\_clinica/links/5546a6ad0cf23ff71686d890/Analisis-Psicometrico-del-Inventario-de-Sintomas-Revisado-SCL-90-R-en-poblacion-clinica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Sanchez-25/publication/255821956_Analisis_Psicometrico_del_Inventario_de_Sintomas_Revisado_SCL-90-R_en_poblacion_clinica/links/5546a6ad0cf23ff71686d890/Analisis-Psicometrico-del-Inventario-de-Sintomas-Revisado-SCL-90-R-en-poblacion-clinica.pdf)

Casullo, M.M. y Pérez, M. (2008). El Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/070\\_psicoterapias1/material/inventario\\_sintomas.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf)

Coloma, V. M., Pérez, J. I., y Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117-130.  
<https://www.redalyc.org/journal/2430/243059346002/243059346002.pdf>

De Lelis, M., Lucchetti, C., y Virgilio, A., (2021). Epidemia y salud mental en contexto de reforma institucional. El caso del instituto frenopático. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*, 7 edición. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=157&idtt=15>

Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández-Álvarez, H., y Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(2).

[https://www.researchgate.net/profile/Javier-Fernandez-Alvarez/publication/320021560\\_Terapia\\_cognitivo\\_conductual\\_integrativa/links/59c92117aca272c71bcdd890/Terapia-cognitivo-conductual-integrativa.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Javier-Fernandez-Alvarez/publication/320021560_Terapia_cognitivo_conductual_integrativa/links/59c92117aca272c71bcdd890/Terapia-cognitivo-conductual-integrativa.pdf)

Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio (2010). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). Mac Graw Hill; Interamericana Editores.

Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2010, 3 de Diciembre). *Ley Nacional de Salud Mental-Texto completo*.

[https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto#:~:text=Elecciones%20legislativas%202025%20Conocé%20más.%20\\*%20Ley%2026657/2010.%20\\*%20Texto%20completo.](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto#:~:text=Elecciones%20legislativas%202025%20Conocé%20más.%20*%20Ley%2026657/2010.%20*%20Texto%20completo.)

Gómez, B., y Mazzulla, M. M. (2008). "Enfermedad física y trastorno de personalidad". En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental, el proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 65-108). 2ª edición Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.

Grill, S.; Sánchez Gallo, M.; Castañeiras, C.; Posada, M. (2019). Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo: un estudio en población general. II Congreso Internacional de Investigación, 2 al 14 de noviembre de 2019 UNLP - FHCE  
[https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.12053/ev.12053.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.12053/ev.12053.pdf)

Lacunza, A. B. (2019). Indicadores psicopatológicos adolescentes: evidencias a partir del Inventario de Síntomas SCL-90-R en contextos de ruralidad del norte argentino. *Psicodiagnosticar*, 29, 47-64. <https://revistas.adeip.org.ar/index.php/Psicodiagnosticar/issue/view/4>

Maristany, M. y Fernández Álvarez, H. (2009). "Evaluación psicológica". En H. Fernández-Álvarez (Ed.), *Integración y Salud Mental, el proyecto Aiglé 1977-2008* (pp. 65-108). 2ª edición Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.

Molina-Coloma, V., Salaberría, K. y Pérez, J.I (2018). La Personalidad en la Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador. *Anuario de Psicología Jurídica* 28(1), 1-7

Rivera-Ledesma, A.; Caballero, N. P.; Perez, I. N. y Montero-López, M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a11.pdf>

Rodríguez Espínola, S. S., Paternó Manavella, M. A., Garófalo, C. S. (2023). Condiciones psicosociales 2004-2023: el malestar subjetivo y las carencias en capacidades psicológicas en las personas : en el marco del informe de avance Argentina siglo XXI: Deudas sociales crónicas y desigualdades crecientes. *Perspectivas y desafíos [en línea]*. Pontificia Universidad Católica Argentina. Observatorio de la Deuda Social Argentina, 2023.  
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/17704>

Rodríguez Sáez, J. L., y Salgado Ruiz, A. (2017). Patología dual en drogodependientes en tratamiento: resultados con el SCL-90-R.  
<https://roderic.uv.es/items/ed920362-9c09-4d64-98c4-033c49d05de6>

Sánchez, R. O., y 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.  
[https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Sanchez-25/publication/255821956\\_Analisis\\_Psicometrico\\_del\\_Inventario\\_de\\_Sintomas\\_Revisado\\_SCL-90-R\\_en\\_poblacion\\_clinica/links/5546a6ad0cf23ff71686d890/Analisis-Psicometrico-del-Inventario-de-Sintomas-Revisado-SCL-90-R-en-poblacion-clinica.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Roberto-Sanchez-25/publication/255821956_Analisis_Psicometrico_del_Inventario_de_Sintomas_Revisado_SCL-90-R_en_poblacion_clinica/links/5546a6ad0cf23ff71686d890/Analisis-Psicometrico-del-Inventario-de-Sintomas-Revisado-SCL-90-R-en-poblacion-clinica.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

Organización Mundial de la Salud (2025). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Salud Mental*. Consultado el 18 de diciembre de 2025.

<https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

# Anexo I

## Instrumento

SCL-90-R  
Adaptación UBA, CONICET 1999/2008.  
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.  
Adaptación U.B.A. 1999.

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer  Varón

**Educación:**

Primario incompleto  Secundario incompleto  Terciario incompleto  
 Primario completo  Secundario completo  Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero  Divorciado  Viudo/a  
 Casado  Separado  En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

	Nada	Muy POCO	POCO	Bastante	Mucho



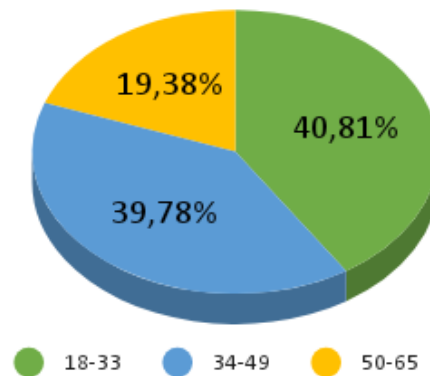


## Anexo II

### Figuras

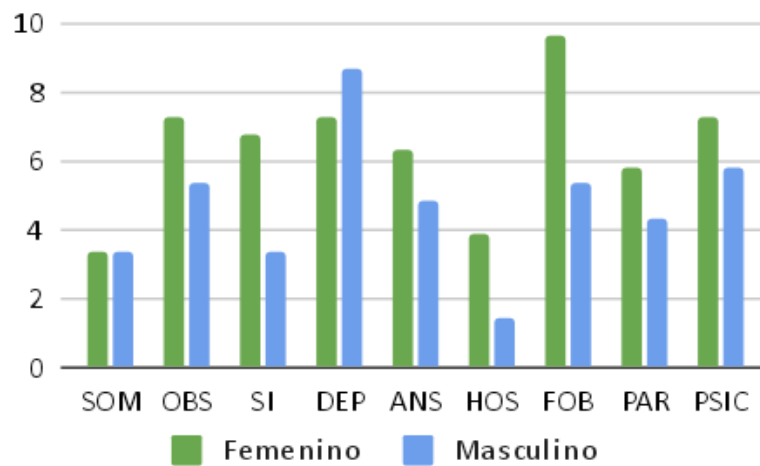
#### 1. Muestra total

Figura 1.A. Muestra total distribuida según rango etario



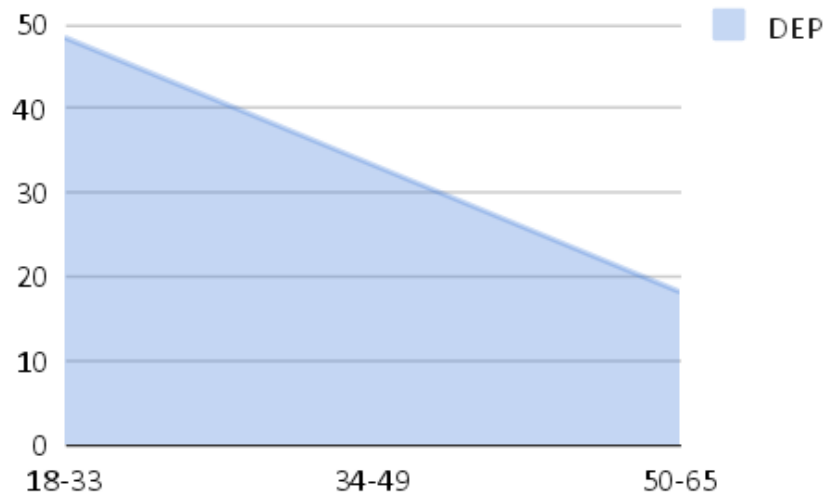
Fuente: elaboración propia (2025)

Figura 1.D. Dimensiones de síntomas prevalentes según sexo en muestra total



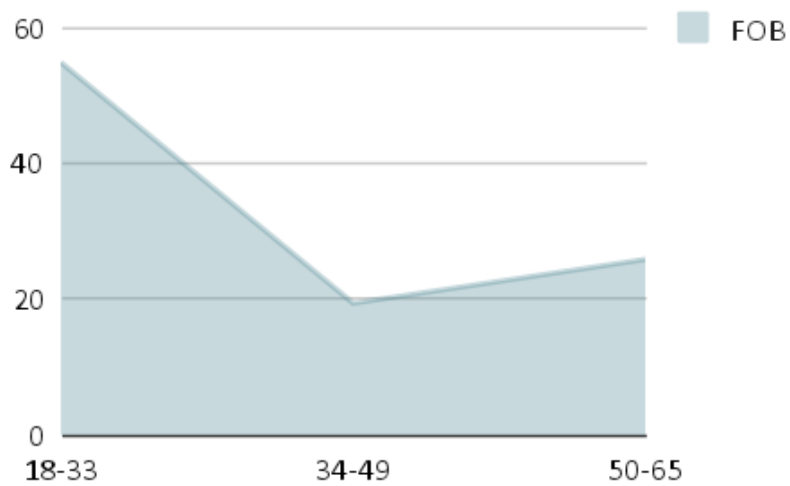
Fuente: elaboración propia (2025)

Figura 1.F. Dimensión de síntomas de depresión (DEP) y rangos etarios, en muestra total



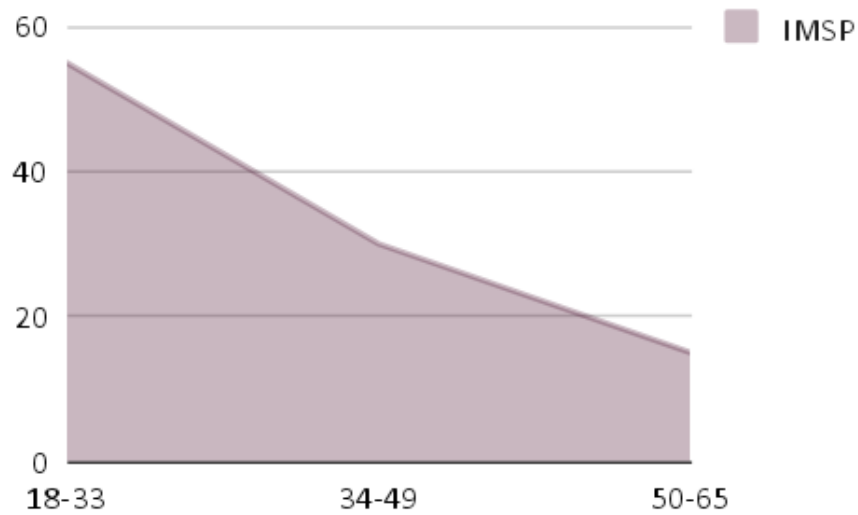
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 1.G.** Dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB) y rangos etarios, en muestra total



Fuente: elaboración propia (2025)

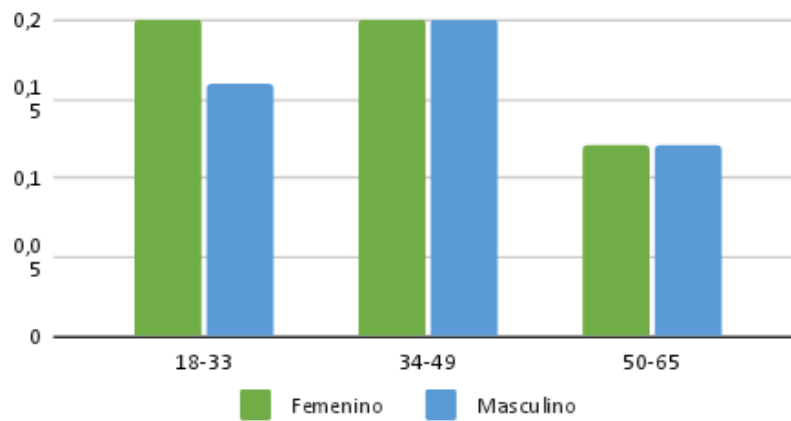
**Figura 1.H.** Índice de malestar sintomático positivo (IMPS) y rangos etarios, en muestra total



Fuente: elaboración propia (2025)

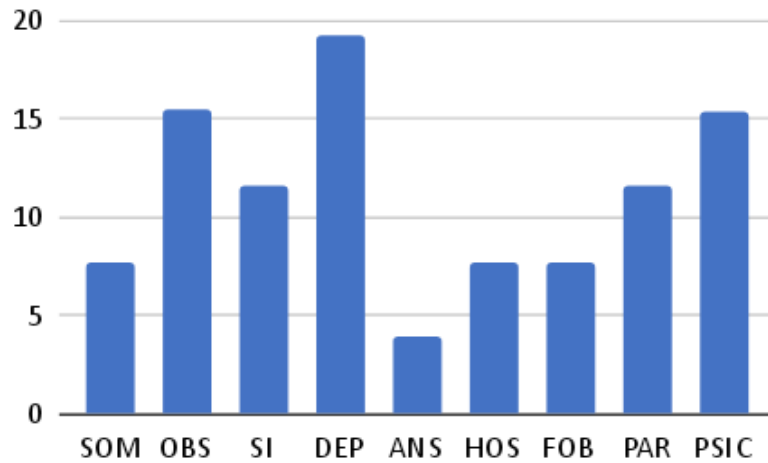
2. Muestra con diagnóstico de admisión

**Figura 2.A.** Distribución por rango etario y sexo, en muestra con diagnóstico de admisión



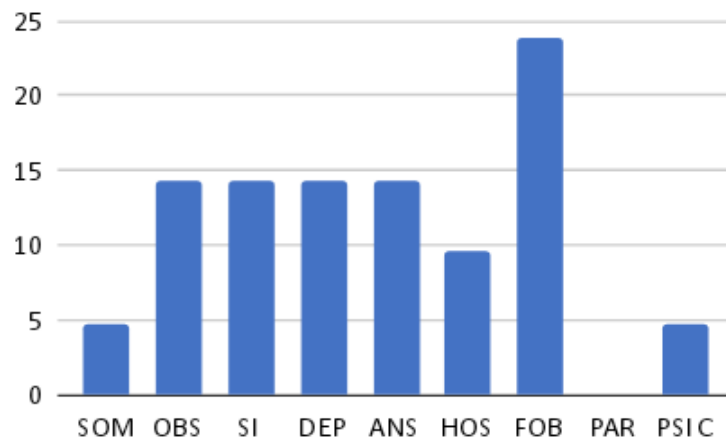
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.F.** Pacientes con diagnósticos de Trastornos del Estado del Ánimo y Dimensiones de Síntomas del SCL-90-R



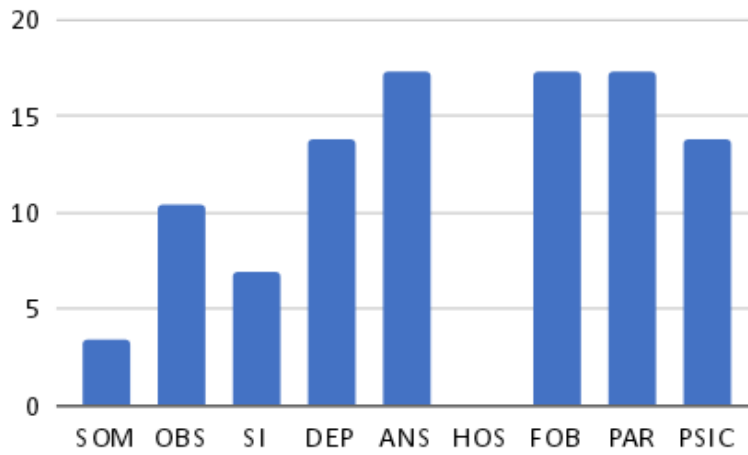
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.G.** *Pacientes con diagnósticos de Trastornos Relacionados con Sustancias y Dimensiones de Síntomas del SCL-90-R*



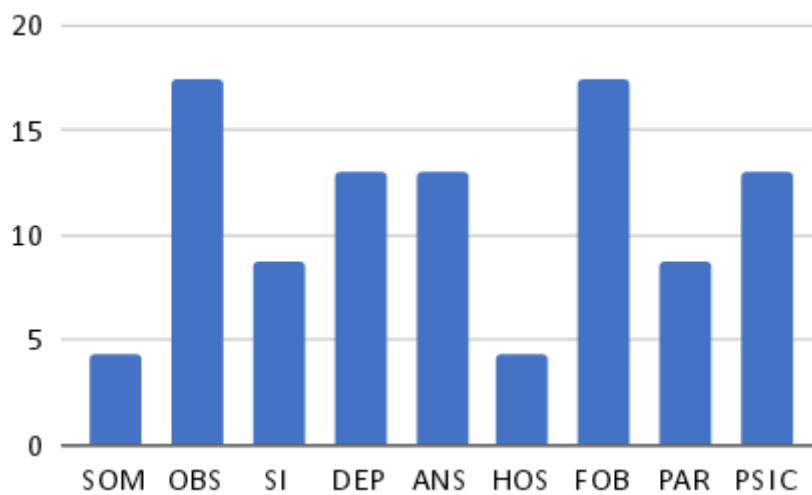
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.H.** *Pacientes con diagnósticos de Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos y Dimensiones de Síntomas del SCL-90-R*



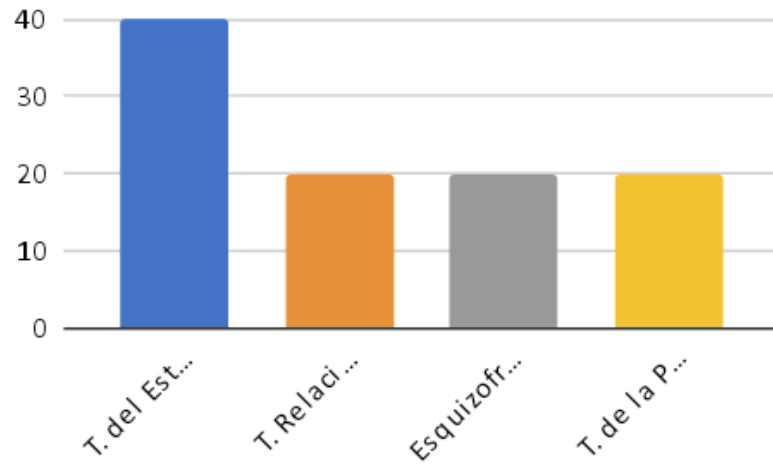
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.I.** *Pacientes con diagnósticos de Trastornos de la Personalidad y Dimensiones de Síntomas del SCL-90-R*



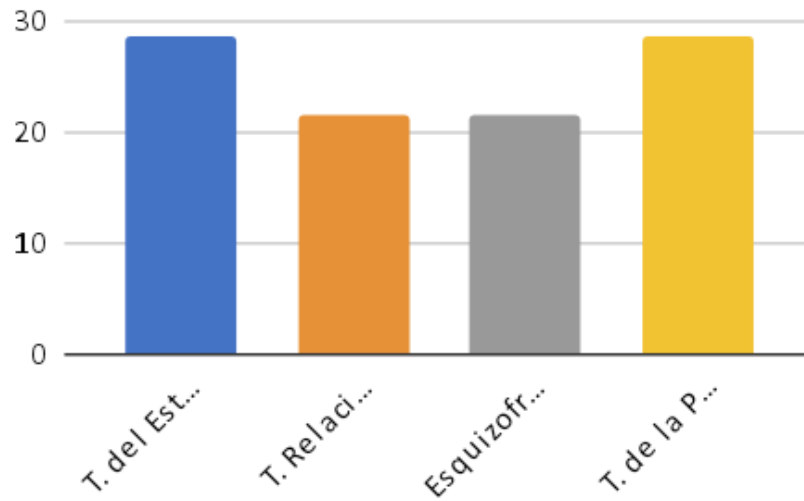
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.J.** *Dimensión de Síntomas de Somatización (SOM) y Diagnósticos*



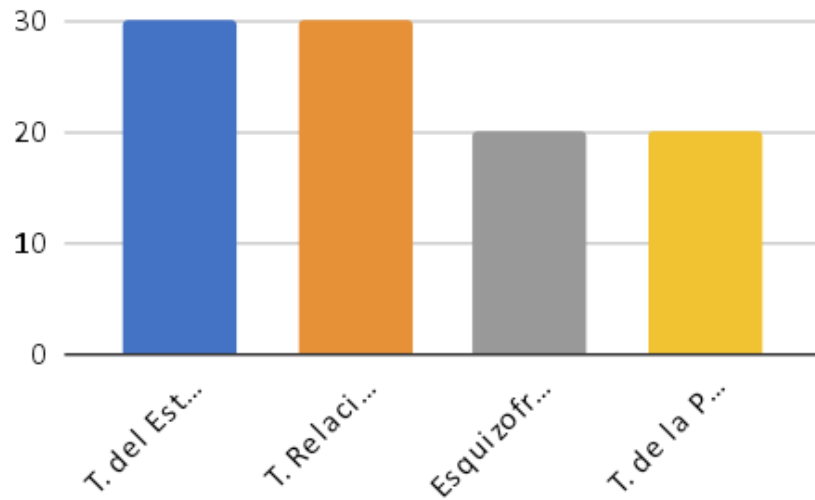
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.K.** Dimensión de síntomas de obsesiones y compulsiones (OBS) y Diagnósticos



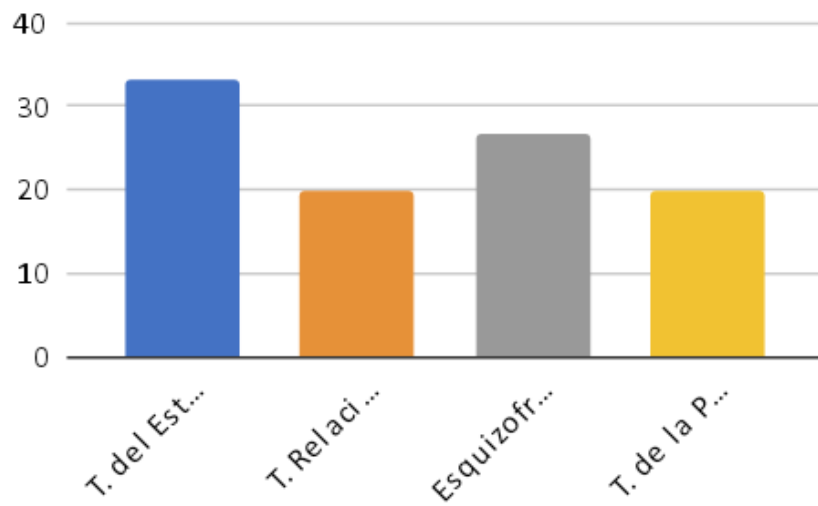
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.L.** Dimensión de síntomas de sensibilidad interpersonal (SI) y Diagnósticos



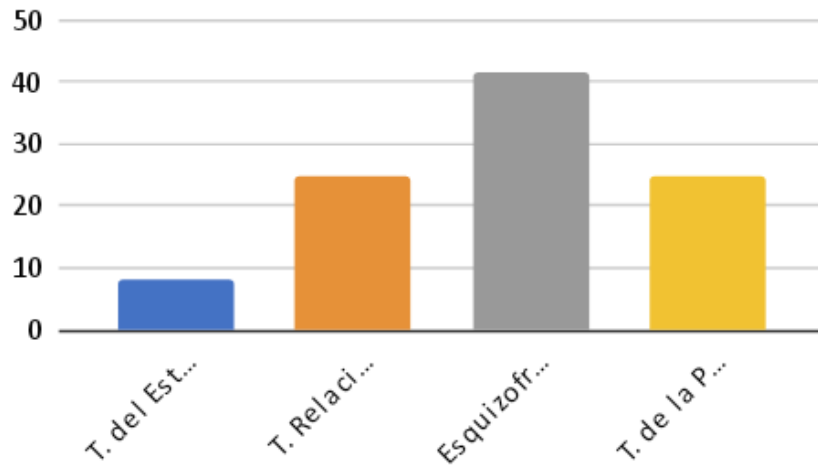
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.M.** Dimensión de síntomas de depresión (DEP) y Diagnósticos



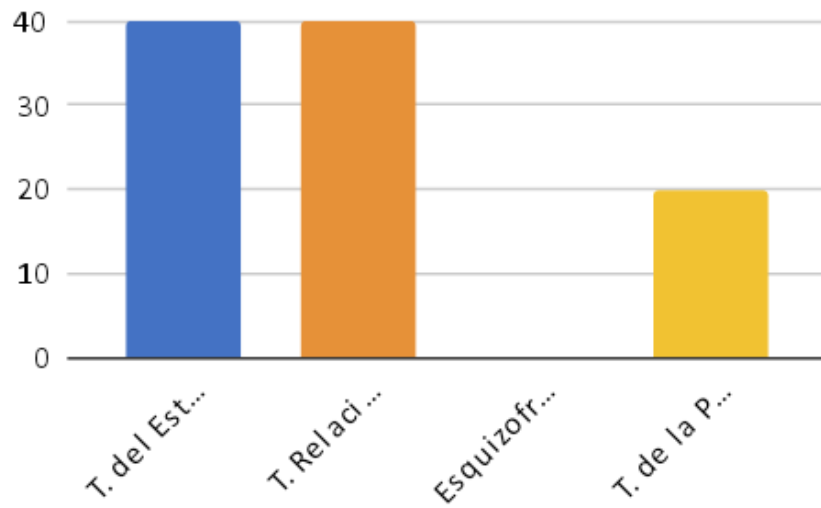
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.N.** Dimensión de síntomas de ansiedad (ANS) y Diagnósticos



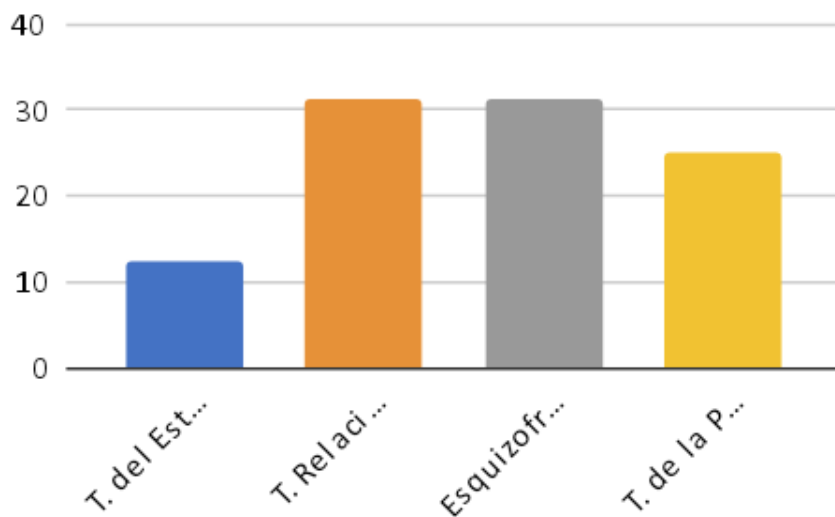
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.O.** Dimensión de síntomas de hostilidad (HOS) y Diagnósticos



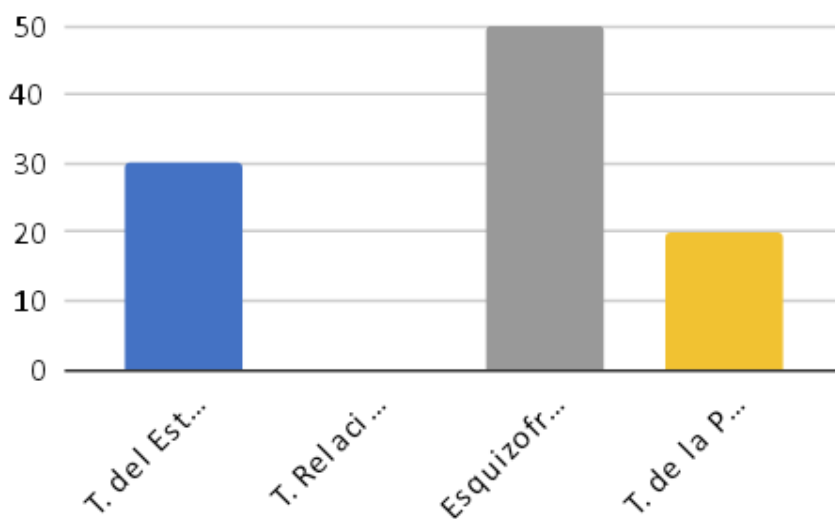
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.P.** Dimensión de síntomas de ansiedad fóbica (FOB) y Diagnósticos



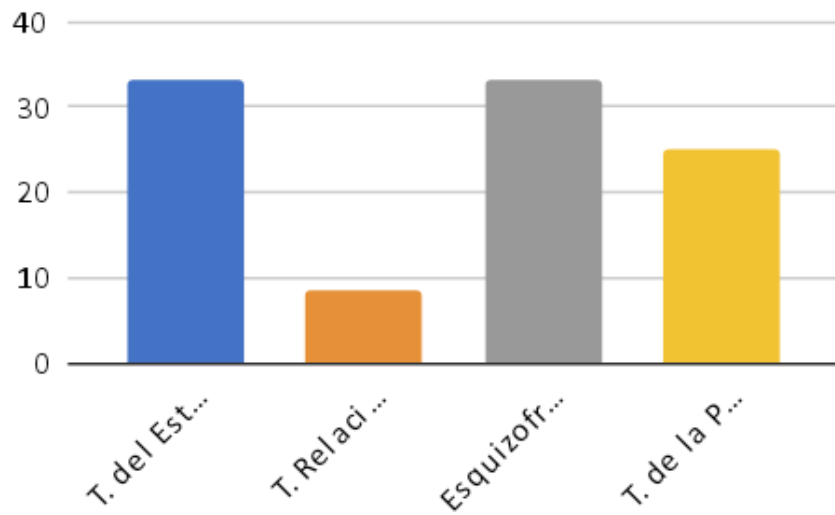
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.Q.** Dimensión de síntomas de paranoia (PAR) y Diagnósticos



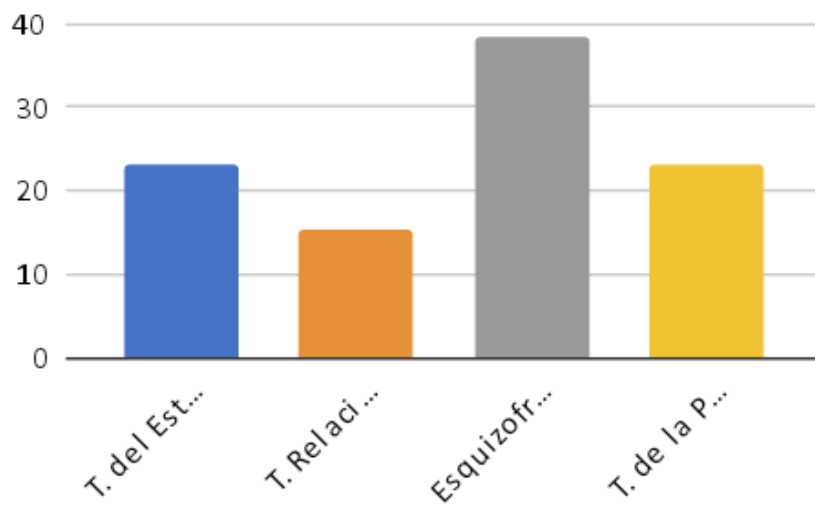
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.R.** Dimensión de síntomas de psicoticismo (PSIC) y Diagnósticos



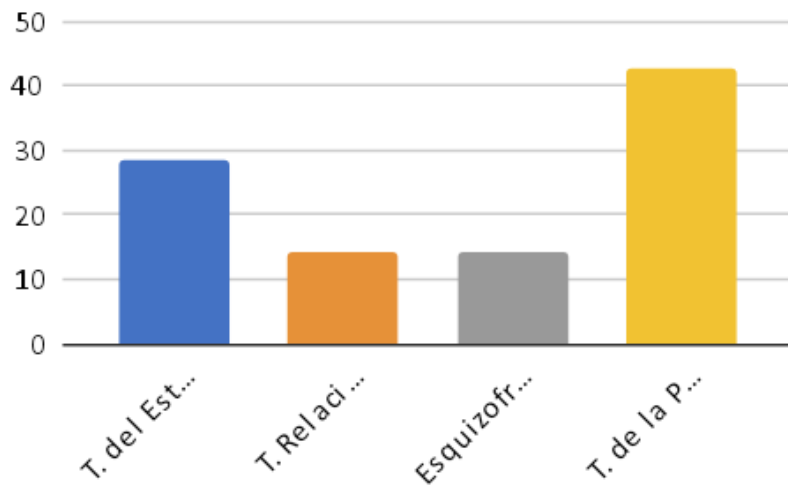
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.S. Índice global de severidad (IGS) y Diagnósticos**



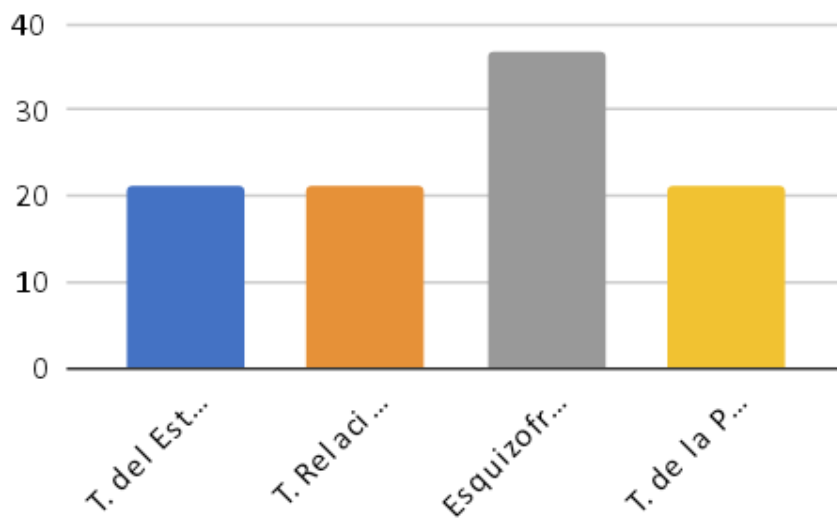
Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.T. Total de síntomas positivos (TSP) y Diagnósticos**



Fuente: elaboración propia (2025)

**Figura 2.U.** Índice de malestar sintomático positivo (IMPS) y Diagnósticos



Fuente: elaboración propia (2025)