Centro de Atención de la Comunidad. Avances de Investigación I[3]

Teresa Lartigue, Gerardo Vázquez, Ariadna Vázquez, Delia de la Cerda, David N. López Garza y Félix Velasco

Orígenes

El Centro de Atención a la Comunidad de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, tiene su antecedente en la Clínica del Instituto de Psicoanálisis de dicha asociación; según Parres (1981) dependía del Comité de Servicios Terapéuticos

> "abrió sus puertas a la comunidad en 1960, funcionó como tal durante una década ofreciendo un servicio terapéutico en la forma de tratamientos psicoterapéuticos psicoanalíticos a precios reducidos… En la década de los 70´s, las labores clínicas se continuaron en forma individual por cada uno de los miembros de la Asociación y del Instituto de Psicoanálisis; la reapertura de la Clínica Psicoanalítica[4] es la respuesta de las demandas imperiosas de la comunidad por un Servicio Terapéutico de ésta índole dada la importante contribución de la disciplina psicoanalítica a la práctica psicoterapéutica" (p.6).

El autor señala también que la terapéutica psicoanalítica es aceptada por la comunidad, debido en parte, al deseo de vivir una vida mejor y más feliz; las exigencias del ser humano "por mejores condiciones de existencia vital, abarcan ya en forma significativa a la *salud menta*l como algo activo que pueda obtenerse como fruto de un esfuerzo" (*ibid*).

Parres, Moreno Corzo, Clériga y Estrada (1981) en el *Manual de Organización y Procedimientos de la Clínica* explican de manera breve y concisa la filosofía institucional, los principios rectores, la estrategia base,

3 Versión ampliada de la Sesión de Investigación presentada el 9 marzo de 2019 en el auditorio de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

4 En el año de 1981.

los lineamientos, etc. Asimismo, describen el Cuestionario para la Solicitud de Tratamiento, enfatizando el principio ético de la confidencialidad de la información brindada. Dicho Manual contiene la Guía para la Entrevista de Admisión y el Esquema de Historia Clínica[5] que conserva su vigencia después de casi cuarenta años, dividido en los siguientes rubros: identificación, problema por el que solicita tratamiento, historia familiar, historia personal, clave psicodinámica, diagnóstico diferencial, método y finalidades terapéuticas, así como los resúmenes trimestrales del tratamiento y el resumen de terminación del caso; por último contiene también el formato del proyecto de investigación.

La Clínica del Instituto cambió de nombre en la década de los 90, al parecer porla apertura de la Maestría en Psicoterapia General, impartida en el Centro de Estudios de Postgrado (CEP) de la Asociación (con registro de validez oficial por parte la Secretaría de Educación Pública), convirtiéndose en la Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). A partir del2003 modificó de nuevo su nombre a denominarse *Centro de Atención a la Comunidad (CEAC),* con los siguientes objetivos, basados en el Código de Ética de la APM, así como de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)[6].

> "brindar servicio a la comunidad, particularmente a personas en condiciones de vulnerabilidad psicosocial quienes requieren de atención psicoterapéutica a bajo costo …Asimismo, facilitar y promover la práctica clínica supervisada de las y los estudiantes que se están formando en APM, tanto del Centro de Estudios de Postgrado (CEP) en la aplicación de la Psicoterapia Psicoanalítica, como del Instituto de Psicoanálisis en la aplicación del Psicoanálisis. Otro objetivo tiene que ver con la investigación (Vázquez, 2018).

¿Qué se entiende por Salud Mental?

Cervantes Tolento (2019) en su tesis de Maestría en Derecho intitulada *El Derecho a la Salud Mental en México,* señala que la *Ley de Salud Mental* del Distrito Federal fue "la primera ley local especializada en materia de salud mental en nuestro país. Fue creada por la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México y publicada en febrero de 2011" (p.230). Menciona también el autor, que en dicha Ley (artículo V, fracción IV) se reconoce

5 Inspirado en el Formato de Historia Clínica y Psicodinamia de Karl Menninger.

6 Se pueden consultar en las respectivas páginas WEB de cada asociación.

"al derecho a la salud mental como el derecho de toda persona al bienestar psíquico, identidad, dignidad, respeto y un tratamiento integral con el propósito de una óptima integración social" (p.231) y que obliga al gobierno a prestar distintos servicios públicos de salud mental que garanticen este derecho.

Cabe mencionar que la definición *legal* de *salud mental* en dicha Ley (artículo 2) es: "el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad"[7] (Cervantes Tolento 2019, p. 232).

Por otra parte, se define el *trastorno mental* (artículo V) como una "afectación de la salud mental de una persona debido a la presencia de un comportamiento derivado de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar e interfiere en la actividad cotidiana del individuo y su entorno" (*Op. cit.*, p. 234). Asimismo, *tratamiento* se define como "diseño, planeación, instrumentación y conducción de estrategias médicas, farmacológicas y psicológicas encaminadas a restauras, mejorar o mantener la calidad de vida de la persona que presenta algún trastorno mental" (*ibídem*). Se concibe a la *psicoterapia* como "el conjunto de métodos y recursos utilizados para el tratamiento psicológico de las personas mediante los cuales interacciona la persona usuaria y el psicólogo con el propósito de promover la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica, el bienestar de las personas y el mejoramiento de su calidad de vida" (*Op. cit.,* p. 235).

Señala el autor, que entre los 18 derechos consignados en la Ley (artículos 6 y 10) se encuentran, entre otros

> "el derecho al acceso oportuno a una atención integral y adecuada por los servicios de salud mental; a recibir información clara, veraz, oportuna y completa para la toma de decisiones relacionadas con su atención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico… A considerar la confidencialidad de información personal, a una historia clínica de conformidad con lo establecido en las normas oficiales y al anonimato

7 Según Cervantes Tolento coincide con la referida en el artículo 72 de la Ley General de Salud.

> de los participantes de estudios... A que se le apliquen exámenes de valoración confiables y actualizados que consideren su entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y limitaciones de las evaluaciones...” (pp. 236-237).

Enfatiza también que dentro de estos derechos, debería incluirse el derecho a recibir psicoterapia (p. 239). Respecto de la regulación de la misma, menciona que en cada estado varían los requisitos; por ejemplo: las leyes de salud mental de los Estados de Baja California, Michoacán y Morelos, al igual que en la Ciudad de México establecen que el psicoterapeuta debe ser psicólogo con posgrado en psicoterapia. La ley de Campeche señala que el psicoterapeuta debe ser psicólogo o psiquiatra con cédula profesional, y con estudios de posgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial (p. 279). Por su parte las leyes de Querétaro y Nuevo León establecen que debe ser médico o psicólogo, pero no especifican que deba contar con posgrado en psicoterapia (p. 280).

Menciona, que si bien las disposiciones legales del derecho a la salud mental se establecieron desde 2011, fue hasta junio del 2016 que la Secretaría de Salud de la Ciudad de México instaló el Consejo de Salud Mental, del que se espera “se avoque a la creación de un programa de salud mental que coordine e impulse las acciones que sean necesarias para construir una red de salud mental integrada por los distintos niveles de atención a la salud mental que en colaboración con las demás dependencias de los sectores público, privado y social atiendan las necesidades de salud de la población” (Cervantes Tolento 2019, p. 265).

El Centro de Atención de la Comunidad aspira a ser parte de esa red de salud mental, que se constituyó en el caso de los sismos de septiembre del 2017, con la instrumentación del “*Programa Estoy Contigo”* en el que participaron la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”, la Clínica Especializada Condesa, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de Salud (OMS, Región América Latina), Médicos del Mundo y la APM (Montilla e Hinojosa, 2019). Personal de CEAC desearía poder colaborar en la creación del Programa de Salud Mental de la Ciudad de México.

Respecto del *procedimiento* para recibir atención psicoterapéutica en el CEAC, cabe hacer notar que el paciente o usuario que experimenta un profundo sufrimiento psíquico y/o malestar emocional solicita por iniciativa propia o -por haber sido referido por alguna institución o médico tratante-

una cita de valoración, en la que es entrevistado por algún integrante del equipo de psicoterapeutas o psicoanalistas en formación que integran el CEAC.

La entrevista inicial que se emplea a partir de Junio del 2016[8], está basada en la Entrevista Estructurada, propuesta por Kernberg (1995) para la exploración clínica de pacientes limítrofes, cuyas metas son: Explorar síntomas, rasgos de personalidad, padecimientos físicos, estrés psicosocial y funcionamiento global del individuo; realizar los diagnósticos psicodinámico y psicoestructural, junto con el pronóstico de padecimiento; diseñar un plan de estudios y tratamiento y obtener los datos para redactar la historia clínica (López, 2004). Durante la Entrevista para la formulación de los diagnósticos, se plantean un conjunto de preguntas; por ejemplo, se indaga acerca de síntomas, dificultades y la explicación que tiene la persona sobre lo que le ocurre y manera cómo imagina que puede ser ayudado en la psicoterapia; su manera habitual de ser del paciente y de sus figuras significativas a lo largo del tiempo; el modo de percibirse a sí mismo y a sus seres queridos, a profundidad, en las semanas previas a la entrevista y el estado de la prueba de realidad sobre algunos de los incidentes menos claros que hayan ocurrido durante la Entrevista (*ibid*). Asimismo, se aplica una batería de pruebas conformada por los siguientes instrumentos.

- *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas* de Leonard R. Derogatis.
- *Inventario de Depresión de Beck* (BDI-II).
- *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado* (o por sus siglas en inglés *STAI)* de Spielberger.
- *Perfil de Estrés* de Nowack.
- *Inventario de Calidad de Vida y Salud. 2009* de Riveros Rosas.

Resultados preliminares

Es importante hacer notar que de agosto de 2016 a diciembre del 2018 han acudido a solicitar tratamiento psicoterapéutico 254 personas, de las cuales 45 solicitaron cita en el periodo de agosto-diciembre de 2016; 50 más en el periodo enero-julio del 2017; 31 durante el sismo de septiembre, más

8 Bajo la dirección de la doctora Delia de la Cerda, con el apoyo de la psicoanalista Ariadna Vázquez y con la colaboración de los doctores David N. López y Félix Velasco quienes tenían a su cargo la supervisión semanal a los estudiantes del Centro de Estudios de Postgrado y analistas en formación del Instituto de Psicoanálisis quienes entrevistaban y/o atendían a las personas que acudían al CEAC.

18 personas que padecían de depresión crónica (julio-diciembre 2017); 50 periodo enero-julio del 2018 y 60 de septiembre a diciembre 2018. En total predominó el número de mujeres: 115 (65%) con una media de edad de 34.97 años (Desviación estándar de 13.25) y 62 hombres (35%; media edad 28.24 y DS de 12.79), encontrándose diferencias estadísticas-el IC al 95% para la edad de las mujeres desprendió un límite inferior de 32.53 años, límite superior de 37.42 años, mientras que para los hombres límite inferior de 24.99 años, límite superior de 31.49 años.

De una sub-muestra de 177 pacientes (111mujeres y 66 hombres), cabe destacar que un poco más de la mitad (53%), radica en la Ciudad de México, el 40% en el Estado de México y el resto en otros estados. Respecto del trabajo remunerado, sólo la mitad: 61 mujeres y 30 hombres tenían un empleo u ocupación (91, que equivale al 51.4%); en relación a la escolaridad, 33 mujeres habían concluido la educación básica, 25 la educación media y 16 la educación superior. Para los hombres las cifras son 17, 17 y 38; no brindaron información 31 personas. En lo referente al estado civil, la mayoría tenía una condición de no estar unida o en pareja (76 mujeres y 39 hombres, total 115); no se obtuvo información de 26 personas, las restantes estaban unidas.

Los y las pacientes fueron referidos en un 29% por un profesional de la salud mental o una institución, el 21% por amistades, el 8% por familiares y el 6% por los medios y redes sociales; del 36% no se obtuvo información. Los motivos para solicitar atención psicoterapéutica, referidos por los pacientes fueron: por padecer un trastorno depresivo 34%, con ideación suicida 4%; por un trastorno de ansiedad 31%, trastorno de la alimentación 10%, por dificultades para controlar la agresión un 8% y auto-lastimarse 7%; por algún tipo de adicción 3.3%, por padecer alucinaciones 1.6% y por acoso entre pares, uno por ciento.

Con el fin de obtener la validez de constructo y la confiabilidad de las pruebas empleadas, en el sentido que marca la Ley de Salud Mental de "considerar entorno social o característica a estudiar y a conocer los alcances y limitaciones de las evaluaciones", se llevó a cabo por una parte, un análisis multifactorial con rotación varimax, mediante el paquete estadístico del SPPS versión 17 (utilizado en todo el análisis).Y por la otra, la obtención de la confiabilidad mediante el coeficiente alpha de Cronbach.

En relación, al *Cuestionario de 90 Síntomas de Derogatis SCL-90-R,* es relevante señalar que evalúa nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología: Somatizaciones(SOM); Obsesivo Compulsivo(OBS); Sensitividad Interpersonal (SI); Depresión (DEP); Ansiedad Fóbica (ANS); Hostilidad (HOST); Fobias (FOB), Rasgos Paranoides (PAR) y Psicotisismo (PSIC), así como tres índices globales de malestar: Índice de Severidad Global (IGS); Total de Síntomas Positivos(TSP); Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

Mediante el análisis estadístico de la Ji cuadrada *(x2)* se investigó si había diferencias significativas en este Cuestionario en cada uno de los reactivos entre el sexo masculino (M) *versus* el femenino (F); se tomó como nivel de significancia un valor de $p \leq 0.05$. Se encontraron en los siguientes 11 reactivos, las siguientes diferencias, donde las mujeres obtuvieron puntajes más elevados que los hombres, y en estos ítems "H_0: Las variables son independientes".

Tabla 1 Diferencias significativas por reactivo y sexo en el *SCL-90-R* (n=177)

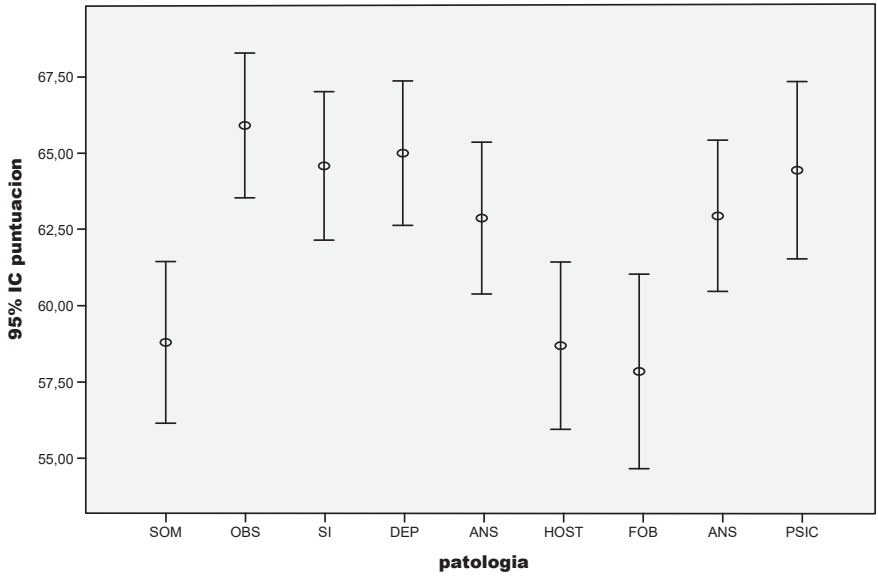
1Dolores de Cabeza p=0,029; gl=2;^{2}=7.063(6 M vs. 27 F).
19No tener ganas de comer p=0,057; gl=2;^{2}=5.723 (5 M vs. 22 F).
20Llorar por cualquier cosa p=0,00; gl=2;^{2}=14.476 (7 M vs. 44 F).
27Dolores en la espalda p=0,044; gl=2;^{2}=6.225 (11M vs 37 F).
29Sentirmesolo(a) p=0,041; gl=2;^{2}=6.380 (20M vs 60F).
30 Sentirme triste p=0,011; gl=2; ^{2}=9.018 (24 M vs 71 F).
34 Sentirme herido en mis sentimientos p=0,05; gl=2;^{2}=6.003 (15 M vs 49F).
41 Sentirme inferior a los demás p=0,004; gl=2;^{2}=11.075 (6 M vs 37 F).
60 Comer demasiado p=0,003; gl=2;^{2}=11.807(8M vs 35 F).
75 Ponerme nervioso cuando estoy solo/a p =0,041; gl=2;^{2}=6.370 (7 M vs 22 F).
79 Sentirse inútil p=0,044; gl=2;^{2}=6.249 (13 M vs. 36 F).

Cabe destacar que las diferencias encontradas en los reactivos parecen corresponder con estereotipos de género, por ejemplo que las "mujeres lloran más que los hombres, que se sienten solas más a menudo, y que se siente heridas en sus sentimientos con mayor frecuencia que los varones". Pero también, son un indicador de una mayor presencia de episodios o

trastornos depresivos en las mujeres, la proporción estimada es de dos a uno (DSM-IV), lo que se aprecia con claridad en los reactivos vinculados a estados afectivos como la tristeza, sentimientos de minusvalía y ansiedad. Asimismo, podría interpretarse también como reflejo de las expectativas sociales de la llamada carga mental en las mujeres que involucran ocuparse del bienestar de los demás

En relación a las dimensiones sintomáticas de patología que valora *SCL-90-R,* es importante subrayar que mediante cálculo de los intervalos de confianza al 95% de las medias de las puntuaciones obtenidas por cada uno de los pacientes, se encontraron diferencias significativas en: Obsesivo Compulsivo (OBS); Sensitividad Interpersonal (SI); Depresión (DEP); Ansiedad Fóbica (ANS); Rasgos Paranoides (PAR) y Psicotisismo (PSIC). Como puede apreciarse en la Tabla 2, en estas escalas o dimensiones se obtuvieron medias superiores en relación a Somatizaciones (SOM); Hostilidad (HOST) y Fobias (FOB).

Gráfica 2 Barras de error de las puntuaciones de las dimensiones del SCL 90-R (n=177)



Respecto de la validez de constructo, el análisis factorial arrojó tres factores, que se aprecian en la tabla 3; la varianza total fue del 37.121%.

Tabla 3 Extracción de factores del SCL 90-R (n=177)

El F1 se definió como: depresión, ansiedad y explica *el 29.646*% de la varianza.
El F2 se definió como: pánico, trastornos somáticos y explica *el 4.176*% de la varianza
El F3 se definió como: agresividad, rasgos paranoides y explica *el 3.299*% de la varianza

Tabla 3.1 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F1, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

SCL41_Sentirme inferior a los demás	0,698
SCL88_Sentirme alejado(a)de las demás personas	0,676
SCL29_Sentirme solo(a)	0,665
SCL37_Sentir que no caigo bien a la gente que no les gusto	0,664
SCL71_Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	0,648
SCL30_Sentirme triste	0,644
SCL34_Sentirme herido en mis sentimientos	0,641
SCL89_Sentirme culpable	0,638
SCL76_Sentir que los demás no me valoran como merezco	0,619
SCL36_Sentir que no me comprenden	0,611
SCL9_Tener dificultad para memorizar cosas	0,595
SCL77_Sentirme solo (a) aun estando con gente	0,59

SCL28_No poder terminar las cosas que empecé a hacer	0,577
SCL61_Sentirme incomodo(a) cuando me miran o hablan de mí	0,574
SCL79_Sentirse inútil	0,559
SCL54_Perder las esperanzas en el futuro	0,556
SCL46_Tener dificultades para tomar decisiones	0,553
SCL18_Perder la confianza en la mayoría de las personas	0,532
SCL26_Sentirme culpable de cosas que ocurren	0,524
SCL33_Tener miedos	0,521
SCL57_Sentirme muy nervioso(a) agitado(a)	0,52
SCL32_No tener interés por nada	0,518
SCL14_Sentirme con muy pocas energías	0,51
SCL10_Estar preocupado por mi falta de ganas para hacer algo	0,506
SCL70_Sentirme incomodo (a) en lugares donde hay mucha gente	0,488
SCL11_Sentirme enojada malhumorada	0,487
SCL55_Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	0,486
SCL44_Tener problemas para dormir	0,466
SCL87_Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	0,465
SCL27_Dolores en la espalda	0,464
SCL69_Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mi	0,458
SCL68_Tener ideas pensamientos que los demás no entienden	0,451
SCL8_Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	0,436

SCL38_Tener que hacer las cosas despacio para estar seguro(a) de que están bien hechas	0,429
SCL66_Dormir con problemas muy inquieto(a)	0,429
SCL80_Sentir que algo malo va a pasar	0,427
SCL6_Criticar a los demás	0,412
SCL83_Sentir que se aprovechan de mi si los dejo	0,41
SCL64_Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	0,407
SCL19_No tener ganas de comer	0,371
SCL60_Comer demasiado	0,365
SCL31_Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	0,35
SCL21_Sentirme incomodo(a) con personas del sexo opuesto	0,302

Tabla 3.2 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F2, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

SCL23_Asustarme de repente sin razón alguna	0,704
SCL72_Tener ataques de mucho miedo o de pánico	0,689
SCL52_Hormigueo en alguna parte de mi cuerpo	0,619
SCL50_tener que acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	0,616
SCL47_Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneo	0,605
SCL13_Miedo a los espacios abiertos o las calles	0,591
SCL17_Temblores en mi cuerpo	0,588
SCL4_Sensación de mareo o desmayo	0,577
SCL86_Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo	0,56

SCL58_Sentir mis brazos y piernas muy pesadas	0,538
SCL40_Naúseas y dolor de estómago	0,508
SCL56_Sentir flojedad, debilidad en partes de mi cuerpo	0,497
SCL42_Calambres en manos brazos y piernas	0,494
SCL49_Ataques de frío o de calor	0,472
SCL48_Tener dificultad para respirar bien	0,46
SCL22_Sentirma atrapado(a) o encerrado(a)	0,448
SCL2_Nerviosismo	0,447
SCL75_Ponerme nervioso(a) cuando estoy solo(a)	0,414
SCL53_Tener un nudo en la garganta	0,405
SCL3_Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	0,385
SCL5_Falta de interés en relaciones sexuales	0,332
SCL1_Dolores de Cabeza	0,311

Tabla 3.3 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F3, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

SCL67_Necesitar romper o destrozar cosas	0,759
SCL63_Necesitar golpear o lastimar a alguien	0,631
SCL85_Sentir que debo ser castigado por mis pecados	0,611
SCL62_Tener ideas, pensamientos que no son los míos	0,54
SCL51_Sentir que mi mente queda en blanco	0,529
SCL90_Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.	0,499

SCL43_Sentir que me vigilan o hablan de mi	0,49
SCL81_Gritar o tirar cosas	0,468
SCL78_Estar inquieto(a) no poder estar sentado sin moverse	0,463
SCL84_Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	0,441
SCL15_Pensar en quitarme la vida	0,429
SCL73_sentirma mal si estoy bebiendo o comiendo en publico	0,429
SCL82_Miedo a desmayarse en medio de la gente	0,42
SCL35_Creer que la gente sabe lo que estoy pensando	0,414
SCL12_Dolores en el pecho	0,397
SCL45_Tener que controlar una o más veces lo que hago	0,39
SCL39_Mi corazón late muy fuerte se acelera	0,382
SCL16_Escuchar voces que otras personas no oyen	0,37
SCL59_Pensar que estoy por morir	0,367
SCL65_Repetir muchas veces algo que hago…tocar cosas	0,365
SCL24_Explotar y no poder controlarme	0,345
SCL7_Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	0,304

Respecto de la confiabilidad (consistencia interna) valorada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, éste desprendió un valor de 0.960 para todo el instrumento, el cual es excelente en esta muestra mexicana; el alfa por factor se puede apreciar en la Tabla 4; el ligeramente inferior es el del factor 3, sin embargo es bueno, dado que cuanto más cercano sea su valor a uno, mayor es la fiabilidad del Cuestionario. En determinados contextos, se considera que valores del alfa mayores a 0.700 son suficientes para garantizar la fiabilidad del instrumento.

Tabla 4 Alfas de Cronbach por factor SCL 90-R (n=177)

Factor	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Uno	0.950	0.958
Dos	0.917	0.917
Tres	0.896	0.896

Por otra parte, es importante hacer notar que el ***Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*** se diseñó con la finalidad de estimar la severidad de la depresión, prestando especial importancia a la ideación suicida y al pesimismo. Comprende 21 síntomas: Cognitivos, afectivos, somáticos y vegetativos. Respecto de las diferencias significativas entre pacientes del sexo masculino *versus* el femenino, sólo se encontraron tres (H_0: Las variables son independientes): en el reactivo 5 que aborda los Sentimientos de Culpa (p =,029;gl=3; ^{2}=8.994 (2 M *Vs.* 9 F); en el 10 que trata del Llanto ….(p=.031; gl=3;^{2}=8.853 (7 M *Vs* 10 F); y en el 19 que explora la Dificultad de Concentración (p=.022; gl=3; ^{2}=9.627(34 M Vs 68 F. En términos generales, las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres y apuntan a la misma dirección que los reactivos del SCL 90-R, los tres se ubican en el factor 1 como se observará más adelante.

Los intervalos de confianza al 95% de las medias de las puntuaciones de las categorías del BDI-II mostraron diferencias significativas entre ellas, como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5 Diferencias significativas en los IC al 95% de las medias por categorías en el *BDI-II* (n=177)

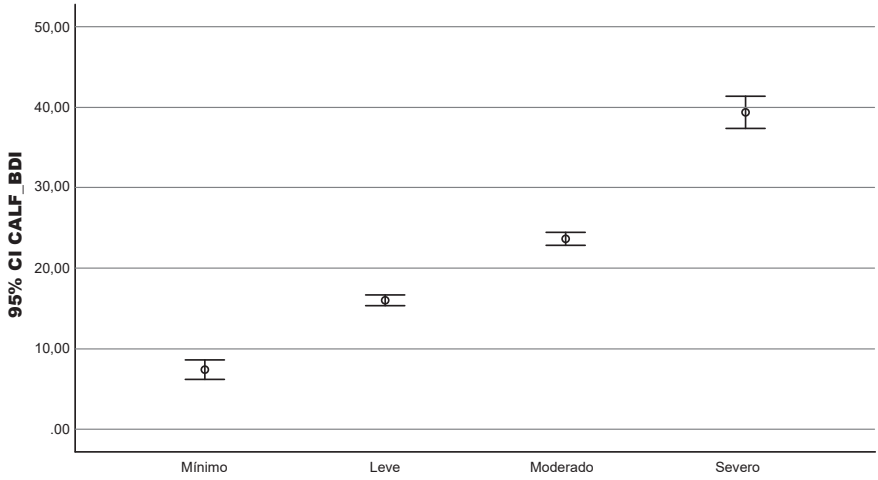


Tabla 6 Extracción de factores del *BDI-II* (n= 177)

El F1 se definió como: devaluación, pesimismo y explica *el 44.89*% de la varianza
El F2 se definió como: hacia la cronicidad y explica *el 6.928*% de la varianza

El total de la varianza de los dos factores extraídos explica el 51.818%.

Tabla 6.1 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F1, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

7 Disconformidad con Uno Mismo	0,760
5 Sentimientos de Culpa	0,754
14 Desvalorización	0,692
3 Fracaso	0,685
9 Pensamientos o Deseos Suicidas	0,649

8 Autocritica	0,634
6 Sentimientos Castigo	0,618
17 Irritabilidad	0,571
19 Dificultad de Concentración	0,546
10 Llanto	0,542
2 Pesimismo	0,525
1 Tristeza	0,476

Tabla 6.2 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F2, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

15 Pérdida de Energía	0,784
12 Pérdida de Interés	0,774
21 Pérdida de Interés en el Sueño	0,723
20 Cansancio o Fatiga	0,651
16 Cambios en los Hábitos de Sueño	0,647
13 Indecisión	0,546
4 Pérdida de Placer	0,538
18 Cambios de Apetito	0,534
11 Agitación	0,448

Para todo el instrumento el Alfa de Cronbach desprendió un valor de 0.753, el alfa por factor se presenta en la tabla 7, cabe señalar que las cifras son menores a las obtenidas en el Cuestionario de 90 síntomas; el alfa del

uno es excelente, no así el del factor 2, por lo que sería importante volverlo a aplicar en una muestra más amplia.

Tabla 7 Alfas de Cronbach por factor *BDI-II* (n=177)

Factor	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Uno	0.901	0.903
Dos	0.565	0.883

En lo referente al *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg (STAI* por sus siglas en inglés e *IDARE* por siglas en español), adaptado para México por Spielberg y Díaz Guerrero (2002) que fue la versión que se aplicó, cabe hacer notar que se define la Ansiedad *Estado* como un "estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y con aumento de la actividad sistema nervioso autonómo" y la Ansiedad- *Rasgo* como las "diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes (Spielberg, …. P.). En lo referente a las diferencias significativas entre pacientes del sexo masculino *versus* el femenino, sólo se encontraron dos, en el ítem 23: Siento ganas de llorar p =.024; gl=1; ^{2}=5.092(12 M *Vs* 39 F) y en el 37: Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan (p=.025;gl=1 ; ^{2} = 5.008 (19 M *vs* 21 F).Cabe señalar que en las tres pruebas analizadas aparece como una constante que las "mujeres suelen tener deseos o ganas de llorar más que los hombres".

En lo que concierne al análisis multifactorial por el Método de Máxima Verosimilitud con rotación varimax para el IDARE-*Estado*, el análisis exploratorio sugirió la extracción de dos factores que explican el 51.637% de la varianza.

Tabla 8 Extracción de factores del Inventario de Ansiedad Estado (n= 176)

El F1 se definió como: tensión, preocupación y explica *el* 40.908% de la varianza
El F2 se definió como: bienestar y explica el 10.729% de la varianza

Tabla 8.1 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F1, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

IDARE_18_Me siento muy agitado (a) aturdido(a)	0,762
IDARE_9_Me siento ansioso(a)	0,723
IDARE_12_Me siento nervioso(a)	0,719
IDARE_13_Me siento agitado(a)	0,704
IDARE_7_Estroy preocupado(a) actualmente por algún contratiempo	0,667
IDARE_3_Estoy tenso(a)	0,663
IDARE_14_Me siento a punto de explotar	0,638
IDARE_6_Me siento alterado	0,633
IDARE_4_Estoy contrariado	0,61
IDARE_17_Estoy preocupado(a)	0,579

Tabla 8.2Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F2, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

IDARE_20_Me siento bien	0,766
IDARE_19_Me siento alegre	0,759
IDARE_16_Me siento satisfecho(a)	0,735
IDARE_2_Me siento seguro(a)	0,682
IDARE_11_Me siento con confianza en mi mismo(a)	0,668
IDARE_8_Me siento descansado(a)	0,649
IDARE_15_Me siento reposado(a)	0,643

IDARE_5_Estoy a gusto	0,63
IDARE_10_Me siento cómodo(a)	0,605
IDARE_1_Me siento calmado(a)	0,564

Para todo el instrumento el Alfa de Cronbach desprendió un valor de 0.606, que habría que volver a aplicar en una muestra más amplia; sin embargo los alfas del de cada factor se muestran en la tabla 9, son buenos

Tabla 7Alfas de Cronbach por factor Inventario de Ansiedad Estado (n=176).

Factor	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Uno	0.889	0.890
Dos	0.893	0.894

Tabla 8 Extracción de factores del Inventario de Ansiedad Rasgo (n=176)

El F1 se definió como: preocupación, rebasamiento y explica *el* 31.114 % de la varianza
El F2 se definió como: satisfacción y explica *el* 11.185 % de la varianza.

La varianza total de este instrumento (ítems 21-40) explica el 42.299%.

Tabla 8.1 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F1, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

IDARE_31_Tomo las cosas muy a pecho	0,73
IDARE_35_Me siento melancólico(a)	0,647
IDARE_38_Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	0,629
IDARE_40_Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a)y alterado(a)	0,62

IDARE_24_Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	0,618
IDARE_25_Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	0,58
IDARE_29_Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0,576
IDARE_34_Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	0,57
IDARE_32_Me falta confianza en mí mismo (a)	0,506
IDARE_37_Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	0,493
IDARE_28_Siento que las dificultades se me amontonan al punto de poder superarlas	0,471
IDARE_23_Siento ganas de llorar	0,443

Tabla 8.2 Rotación factorial por el método Varimax desprendió para el F2, el siguiente arreglo con su respectiva carga factorial

IDARE_21_Me siento bien	0,773
IDARE_30_Soy feliz	0,753
IDARE_36_Me siento satisfecho(a)	0,716
IDARE_33_Me siento seguro(a)	0,714
IDARE_26_Me siento descansado(a)	0,686
IDARE_39_Soy una persona estable	0,625
IDARE_27_Soy una persona tranquila serena y sosegada	0,553

Tabla 9 Extracción de factores del Inventario de Ansiedad Rasgo (n=176)

Factor	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados
Uno	0.841	0.841
Dos	0.841	0.842

Cabe hacer notar que el alfa de Cronbach total global de todo el Instrumento (ítems 1-40) fue muy bajo de 0.610, no así los dos alfas de Ansiedad Estado y de Ansiedad Rasgo que son buenos (entre 0.841 y 0.889).

En otras comunicaciones se presentarán los resultados obtenidos en las pruebas: *Perfil de Estrés* y en el *Inventario de Calidad de Vida y Salud.* A guisa de conclusión cabe subrayar que uno de los hallazgos principales es que los instrumentos utilizados en el CEAC: *SCL90 –R; BDI e IDARE* reúnen las condiciones de validez de constructo y de confiabilidad (consistencia interna) para continuar su aplicación en la población residente del área metropolitana del Valle de México, que es la que acude a solicitar tratamiento; los dos últimos requieren ser aplicados de nueva cuenta en una muestra más amplia con el fin de elevar su consistencia interna.

Resumen

Se presentan los resultados obtenidos respecto de la validez de constructo y confiablidad (consistencia interna) de tres instrumentos aplicados en el periodo agosto 2016- diciembre de 2018 a personas que acudieron al Centro de Atención a la Comunidad de APM. Dichos instrumentos son *Cuestionario de 90 Síntomas SCL-90- R de* Derogatis, *Inventario de Depresión de Beck* BDI-II y el *Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado* de Spielberger *STAI* o *IDARE.*

Palabras clave: Validez de constructo, consistencia interna *SCL-90- R,* BDI-II, *STAI.*

Abstract

The results obtained regarding the validity of construct and fiability (internal consistency) of three instruments applied in the period August 2016-December 2018 to people who attended the APM Community Care Centre are presented. These instruments are Derogatis *SCL-90-R Sympton Checklist*, BDI-II Beck Depression Inventory and STAI State-Trait Anxiety Inventory of Spielberger.

Keywords: Construct validity, internal consistency *SCL-90- R,* BDI-II,

STAI.

Bibliografía

BECK, A. T. (1987/1996). *Beck Depression Inventory (Second Edition)*. USA: Psychological Corporation.

BECK, A.T., STEER, R. y BROWN, G. (2009). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Segunda Edición Manual.* Buenos Aires: Paidós, 1era reimpresión.

CERVANTES TOLENTO, J.A. (2019). El derecho a la salud mental en México. Tesis para optar por el Grado de Maestro en Derecho, Programa de Posgrado en Derecho, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Bibliotecas, Tesis Digitales.

DEROGATIS, L.R. (1977).*SCL-90-R Sympton Checklist 90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.* Minneapolis: National Computer System, 1994

DEROGATIS, L.R. (1973/1977). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 Síntomas.* Adaptación española: González de Rivera, J.L. y Cols., España: Pearson, 2012.

KERNBERG, O. (1995). *Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe. Una verdadera guía para superar las dificultades terapéuticas.* México: Planeta.

LÓPEZ Garza, D.N. (2004). *Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes.* México: Editores de Textos Mexicanos.

MONTILLA, D. e HINOJOSA, D. (2019). "Estoy contigo" un modelo interdisciplinario e interinstitucional de atención a víctimas S19 (terremoto en México, 2017). Ponencia presentada en el 51 Congreso internacional de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Internacional, Londres, julio 24-27.

NOWACK, K.M. (2002). *Perfil de Estrés.* USA: Manual Moderno.

PARRES, R., MORENO CORZO, L., CLÉRIGA, R. y ESTRADA, M. (1981). Clínica del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Manual de Organización y Procedimientos. Material inédito, Biblioteca.

RIVEROS ROSAS, A. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud. 2009*: Manual Moderno.

SPIELBERG, R.D., GORSUCH, R.L. & LUSHENE, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventor (Self Evaluation Questionnaire).* California, USA: Consulting Psychologist Press.

SPIELBERG, R.D. y DÍAZ GUERRERO, R. (2002). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. Manual e Instructivo.* México: Manual Moderno, 2015.

VÁZQUEZ, A. (2018).Defender u ofender–confiar o idealizar. La diferencia la hace el Psicoanálisis. Ponencia presentada en el LVII Congreso Nacional de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Ciudad de México, el 27 de enero.