Medicina U.P.B.
Revista de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia / ISSN: 2357-6308 (En línea)

ARTÍCULO ORIGINAL

Distribución por género del malestar psicológico en personas sin trastornos psiquiátricos

Fecha de recepción:
30 de julio de 2025.
Fecha de aprobación:
12 de mayo de 2026.

Distribution of psychological distress by gender in people without psychiatric disorders

Distribuição por Gênero do Sofrimento Psicológico em Indivíduos sem Transtornos Psiquiátricos

Esperanza María González-Marín[1,2], Ana M. Gaviria[1], Juliana Montoya-Otálvaro[1], Mario Alejandro Alba-Marrugo[1], Johan Andrés Jiménez-David[3].

RESUMEN

Objetivo: analizar las diferencias por género del malestar psicológico en adultos colombianos sin trastornos psiquiátricos, ajustando por edad y estrato socioeconómico.
Metodología: estudio analítico de corte transversal en una muestra por conveniencia de 155 participantes (80 hombres y 75 mujeres) entre los 25 y los 60 años. El malestar psicológico se midió con las puntuaciones T de la escala SCL-90-R (persona en riesgo: T $\geq$63). Las prevalencias se compararon con χ^2 (IC-95 % Wilson) y los puntajes con U de Mann-Whitney y sus tamaños de efecto. Se ajustó una regresión lineal para el índice global de severidad (IGS) y MANOVA con género, edad y estrato como covariables.
Resultados: la consistencia interna fue adecuada (α=0,74 a 0,85). La prevalencia de personas en riesgo varió entre el 10,7 % y el 29,3 %. En hombres, entre el 13,8 % (sensibilidad interpersonal) y el 28,7 % (somatización); en mujeres, entre el 10,7 % (hostilidad) y el 29,3 % (psicoticismo). Las mujeres puntuaron más alto en somatización, depresión y obsesiones-compulsiones, y los hombres en hostilidad y psicoticismo, con efectos pequeños (d ≤0,32). Tras el ajuste, ninguna comparación bivariada conservó significación; el MANOVA reveló un efecto multivariado del género (Pillai=0,177; p <0,05).
Conclusiones: las diferencias por género son pequeñas y surgen con mayor claridad en el control multivariado. Estos resultados coinciden con la literatura internacional que describen más síntomas internalizantes en mujeres y en hombres mayor hostilidad y psicoticismo.
Palabras clave: Distrés psicológico; Factores sexuales; Salud mental; Adultos; Encuestas y cuestionarios.

ABSTRACT

Objective: To analyze gender differences in psychological distress among Colombian adults without psychiatric disorders, adjusting for age and socioeconomic status.
Methodology: Analytical cross-sectional study in a convenience sample of 155 participants (80 men and 75 women) aged 25 to 60 years. Psychological distress was measured using T-scores from the SCL-90-R scale (at-risk person: T $\geq$63). Prevalences were compared using χ^2 (Wilson 95 %CI) and scores using the Mann-Whitney U test and their effect sizes. Linear regression was adjusted for the global severity index (GSI), and MANOVA was conducted with gender, age, and socioeconomic status as covariates.
Results: Internal consistency was adequate (α=0,74 a 0,85). The prevalence of at-risk individuals ranged from 10,7 % to 29,3 %. In men, between 13,8 % (interpersonal sensitivity) and 28,7 % (somatization); in women, between 10,7 % (hostility) and 29,3 % (psychoticism). Women scored higher in somatization, depression, and obsessive-

Forma de citar este artículo:
González-Marín EM, Gaviria AM, Montoya-Otálvaro J, Alba-Marrugo MA, Jiménez-David JA. Distribución por género del malestar psicológico en personas sin trastornos psiquiátricos. Med UPB. 2026;45(2):54-64
DOI:10.18566/medupb.v45n2.a06

1. Programa de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia.
2. Programa Psicología, Facultad Educación y Ciencias Sociales, Tecnológico de Antioquia - Institución Universitaria, Medellín, Colombia.
3. Semillero de Terapia Cognitiva Cogniser, Programa de Psicología, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:
Esperanza María González-Marín.
Correo electrónico:
esperanza.gonzalez@tdea.edu.co

compulsive symptoms, and men scored higher in hostility and psychoticism, with small effects (*d* ≤0,32). After adjustment, no bivariate comparison remained significant; MANOVA revealed a multivariate effect of gender (Pillai=0,177; p <0,05).
Conclusions: Gender differences are small and become more evident under multivariate control. These results are consistent with international literature describing more internalizing symptoms in women and higher hostility and psychoticism in men.
Keywords: Psychological Distress; Sex Factors; Mental Health; Adult; Surveys and Questionnaires.

RESUMO
Objetivo: analisar as diferenças de gênero no sofrimento psicológico entre adultos colombianos sem transtornos psiquiátricos, ajustando para idade e nível socioeconômico**.**
Metodologia: foi realizado um estudo analítico transversal com uma amostra de conveniência de 155 participantes (80 homens e 75 mulheres) com idades entre 25 e 60 anos. O sofrimento psicológico foi mensurado utilizando-se os escores T da escala SCL-90-R (pessoa em risco: T > 63). As prevalências foram comparadas utilizando-se o teste χ^2 (IC 95% Wilson) e os escores utilizando-se o teste U de Mann-Whitney e os tamanhos de efeito. A regressão linear foi ajustada para o Índice de Gravidade Global (IGG), e a MANOVA foi realizada com gênero, idade e nível socioeconômico como covariáveis.
Resultados: a consistência interna foi adequada (α = 0,74 a 0,85). A prevalência de indivíduos em risco variou de 10,7% a 29,3%. Nos homens, variou de 13,8% (sensibilidade interpessoal) a 28,7% (somatização); nas mulheres, de 10,7% (hostilidade) a 29,3% (psicoticismo). As mulheres apresentaram pontuações mais altas em somatização, depressão e transtorno obsessivo-compulsivo, enquanto os homens apresentaram pontuações mais altas em hostilidade e psicoticismo, com tamanhos de efeito pequenos (d ≤ 0,32). Após o ajuste, nenhuma comparação bivariada permaneceu significativa; a MANOVA revelou um efeito multivariado do gênero (Pillai = 0,177; p < 0,05).
Conclusões: as diferenças de gênero são pequenas e emergem mais claramente sob controle multivariado. Esses resultados são consistentes com a literatura internacional, que descreve mais sintomas internalizantes em mulheres e maior hostilidade e psicoticismo em homens.
Palavras-chave: sofrimento psicológico; Fatores sexuais; Saúde mental; Adultos; Inquéritos e questionários.

INTRODUCCIÓN

Aunque la concienciación sobre los problemas de salud mental, desde el malestar psicológico hasta los trastornos mentales leves o moderados, ha venido creciendo, sigue siendo necesario prestar atención a la identificación oportuna del malestar. Numerosas investigaciones han señalado la presencia de síntomas y problemas mentales desde edades tempranas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para 2019, 1 de cada 8 personas padecía algún tipo de problema mental[1]. Este mismo organismo señala que la mayoría carece de acceso a una atención eficaz, por una falta de respuesta adecuada de los sistemas de salud[1].

De acuerdo con la OMS, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son dos de los más prevalentes, con un incremento significativo, a partir de 2020, el cual coincide con la pandemia por COVID-19; las estimaciones globales señalan un aumento cercano del 26-28% en apenas un año[1]. En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reportó que el 12 % de los adultos manifestaban sentirse moderadamente deprimidos o angustiados, y un 13 % adicional describía un estado de mayor gravedad[2,3]. La Organización Panamericana de la Salud documentó que entre los 15 y los 25 años el 15 % de las personas presenta comportamientos de autolesión y conductas suicidas, mientras que diagnósticos como ansiedad, depresión, autolesiones y trastornos de síntomas somáticos pueden alcanzar cifras has de un 38 % de prevalencia[4]. En 2023 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, junto con el Centro Nacional de Consultoría, señaló que el 66,3 % de los colombianos reconoce haber enfrentado en algún momento de su vida un problema de salud mental, con una proporción más alta entre las mujeres (69,9 %)[5]. Esta tendencia es coherente con los descrito en los lineamien-

tos de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033, que reconoce el malestar psicológico como un problema de salud pública prioritario[6].

Un aspecto relevante es que hombres y mujeres en Colombia reportan diferentes frecuencias en relación con el malestar psicológico. Las mujeres reportan con más frecuencia estados asociados a dolor moderado o malestar, con un 9,87 %; mientras que los hombres reportan un 7,53 %[2]. Esta diferencia se ha descrito ampliamente en la literatura. Una revisión integradora reciente, basada en 257 metaanálisis con más de 619 millones de participantes, señala que las mujeres muestran prevalencias mayores en los trastornos internalizantes (ansiedad, depresión, somatización); mientras que los hombres lo hacen en los externalizantes y en conductas de riesgo, con tamaños de efecto en su mayoría pequeños[7]. Herrera-Añazco *et al.*[8] encontraron, en países de América Latina y el Caribe durante la pandemia, una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres que en hombres, asociada a determinantes sociales como la carga de cuidado y la inequidad laboral. Una investigación realizada en personas refugiadas en Argelia mostró que las mujeres presentan una mayor prevalencia de síntomas somáticos, ansiosos y de insomnio comparadas con los hombres[9].

Los mecanismos que subyacen a estas diferencias son objeto de debate. Por una parte, Altemus *et al.*[10] proponen que las diferencias en somatización y síntomas afectivos responden a una interacción compleja entre factores hormonales, neurobiológicos y experienciales, asociada con eventos del ciclo reproductivo y con normas culturales sobre la expresión emocional. Por otra parte, Olivera *et al.*[11] señalan que las normas de género más permisivas con la manifestación de la agresividad en hombres pueden explicar el patrón inverso observado en hostilidad. Y, además, Mirzaei-Alavijeh *et al.*[12] han documentado que la magnitud de las diferencias por género varía según el estatus socioeconómico, lo que sitúa la inequidad social como un modulador relevante. La interpretación de las diferencias por género, en consecuencia, debe articular las dimensiones biológica, sociocultural y socioeconómica.

La mayor parte de los estudios sobre malestar psicológico se ha enfocado en muestras clínicas o en personas con diagnóstico ya establecido. Por ello resulta relevante el estudio del malestar en población sin diagnóstico, entendido esta como la percepción de distrés referida por el sujeto en forma de síntomas físicos, afectivos, cognitivos y comportamentales, o como ciertas alteraciones perceptivas[13]. El reconocimiento de estos síntomas en personas sin diagnóstico contribuye a una detección temprana, al planteamiento de estrategias de prevención de la agudización y a la concientización social sobre la salud mental. En el contexto colombiano, la información sistemática sobre diferencias por género del malestar psicológico en este tipo de poblaciones es limitada, lo que justifica la realización de nuevos estudios descriptivos.

Para la valoración del malestar es frecuente el uso del cuestionario SCL-90-R, que es un instrumento de autoinforme que evalúa síntomas presentes durante los últimos 7 días en 9 dimensiones primarias (somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo) y 3 índices globales: índice global de severidad (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice de malestar sintomático positivo (IMSP)[13,14]. En Colombia, Londoño *et al.*[15] reportaron una consistencia interna adecuada del instrumento en una muestra clínica.

En este contexto, y considerando la evidencia internacional sobre diferencias por género en síntomas internalizantes y externalizantes, así como la limitada información sistemática disponible en población colombiana sin diagnóstico psiquiátrico, resulta pertinente examinar si estos patrones se reproducen al evaluar el malestar psicológico mediante el SCL-90-R. En consecuencia, se hipotetiza que las mujeres presentarían puntuaciones promedio superiores a las de los hombres en las dimensiones internalizantes del SCL-90-R (somatización, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal y obsesiones–compulsiones); que los hombres obtendrían valores promedio más altos en hostilidad y psicoticismo; y que las diferencias por género estrían moduladas por la edad y el estrato socioeconómico.

En coherencia con lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue analizar las diferencias por género en el malestar psicológico, evaluado mediante el SCL-90-R, en una muestra por conveniencia de adultos colombianos sin antecedentes de trastornos psiquiátricos, la cual incorporó estimaciones de prevalencia con intervalos de confianza, tamaños de efecto y modelos multivariados que permitieran caracterizar de manera más completa el perfil de malestar psicológico en cada género.

METODOLOGÍA

Diseño

Este es un estudio observacional analítico, de corte transversal, que busca analizar las diferencias por género en el malestar psicológico, controlando la edad y estrato socioeconómico. Los datos se recolectaron en el año 2024 en el área metropolitana de Medellín, Antioquia, Colombia, en el marco de las actividades del semillero de investigación de Terapia Cognitiva, Cogniser, del programa de Psicología de la Fundación Universitaria María Cano.

Población

La población objeto del estudio fueron adultos sin diagnóstico previo de trastorno mental. La base de datos incluyó inicialmente 253 protocolos. Se aplicó como primer criterio de exclusión el reporte de diagnóstico psiquiátrico previo (12 registros excluidos) y, como segundo criterio, la edad fuera del rango de validez del baremo del SCL-90-R utilizado (25 a 60 años), lo que llevó a descartar 86 registros adicionales. La muestra final fue de 155 participantes (80 hombres y 75 mujeres), con una edad media de 36,9 ± 8,1 años.

Los criterios de inclusión fueron: ser persona adulta entre 25 y 60 años, residente en el área de convocatoria, con capacidad lectora y comprensión suficiente para responder el instrumento, y aceptar voluntariamente la participación mediante consentimiento informado por escrito. Los criterios de exclusión fueron: el diagnóstico psiquiátrico previo, el consumo actual de sustancias psicoactivas o presencia de adicciones, según la entrevista de ingreso al estudio.

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia con la técnica de bola de nieve. La información sobre el estudio se difundió de manera presencial en las aulas de clase de la Fundación Universitaria María Cano y por correo electrónico a los miembros de la comunidad universitaria, con la solicitud de que se compartiera con familiares y personas cercanas. La aplicación de los instrumentos estuvo a cargo de estudiantes del Semillero de Terapia Cognitiva Cogniser, entrenados previamente en aplicación e interpretación. Se construyó un protocolo escrito con el guion e instrucciones para estandarizar la entrevista. Cada evaluación se realizó en modalidad presencial e individual, con una duración aproximada de 60 minutos.

Este procedimiento se diseñó así con el ánimo de mitigar el sesgo de información derivado la aplicación en formato de autoinforme. Se espera que la aplicación estandarizada del SCL-90-R por entrevistadores entrenados, con un protocolo escrito de instrucciones, y mediante la calificación normalizada del instrumento con baremos separados por sexo, reduzca las diferencias poblacionales típica de los autorreporte.

Instrumentos de evaluación

Se diseñó un formulario de recolección de datos sociodemográficos con las siguientes variables: edad en años cumplidos, género (codificado como 0: masculino y 1: femenino), estrato socioeconómico según la clasificación vigente en Colombia agrupado en bajo, medio y alto, escolaridad (0: primaria, 1: bachillerato, 2: técnico, 3: universitario) y ocupación (0: labores del hogar, 1: estudiante, 2: empleado).

El cuestionario SCL-90-R es un instrumento de autoinforme compuesto por 90 ítems que se responden en una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = nada, 1 = muy poco, 2 = poco, 3 = bastante, 4 = mucho), tomando como referencia los 7 días previos a la evaluación. Sus resultados se interpretan según las nueve dimensiones primarias: somatización (SOM, 12 ítems), obsesiones y compulsiones (OBS, 10 ítems), sensibilidad interpersonal (SI, nueve ítems), depresión (DEP, 13 ítems), ansiedad (ANS, 10 ítems), hostilidad (HOS, seis ítems), ansiedad fóbica (FOB, siete ítems), ideación paranoide (PAR, seis ítems) y psicoticismo (PSIC, 10 ítems); siete ítems adicionales se agrupan en una escala complementaria de relevancia clínica. Además, se calculan los 3 índices globales: índice global de severidad (IGS), total de síntomas positivos (TSP) e índice de malestar sintomático positivo (IMSP)[14,16]. La validación colombiana en muestra clínica realizada por Londoño *et al.*[15] reportó consistencia interna adecuada (α de Cronbach 0,74 a 0,90).

El instrumento se calificó siguiendo de manera estricta el manual original[14] y la guía de interpretación de Casullo[16]. Para cada dimensión se calculó el puntaje directo promediado, resultante de sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes y dividirlas por el número de ítems respondidos en esa dimensión. Los 3 índices globales se obtuvieron así: el IGS corresponde a la sumatoria total de los 90 ítems dividida por el número de respuestas dadas; el TSP equivale al número de ítems con respuesta distinta de cero; y el IMSP se calcula como la sumatoria total dividida por el TSP. Las puntuaciones directas promediadas se transformaron en puntajes T normalizados utilizando los baremos de Casullo[16] para población general adulta separados por sexo, mediante interpolación lineal entre los puntos T del baremo argentino (T= 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 63, 65, 70, 75 y 80). Se optó por este baremo dado que no se dispone de una norma colombiana para población general adulta no clínica; la validación de Londoño *et al.*[15], por su naturaleza clínica, no constituye una referencia normativa apropiada para población no clínica. Se definió persona en riesgo en una dimensión a aquella con puntaje T igual o mayor a 63, criterio del manual equivalente al percentil 90 de la distribución normativa.

Variables del estudio

La variable de desenlace principal es el malestar psicológico, operacionalizado mediante los puntajes directos promediados de las nueve dimensiones primarias del SCL-90-R y los 3 índices globales (IGS, TSP e IMSP), así como mediante la condición dicotómica de persona en riesgo (puntaje T mayor o igual a 63 según el baremo Casullo separado por sexo).

La variable de exposición principal es el género (masculino, femenino), tratado como variable categórica binaria conforme a la codificación oficial del estudio (0 = masculino, 1 = femenino).

Como covariables y posibles modificadoras de efecto consideramos la edad en años cumplidos, analizada de manera continua en la regresión lineal y agrupada (25-36, 37-43 y 44-60 años) en el MANOVA, replicando la estratificación de Casullo[16]; el estrato socioeconómico, clasificado en bajo, medio y alto; la escolaridad, agrupada en primaria, bachillerato, técnico y universitario; y por último la ocupación, categorizada en labores del hogar, estudiante y empleado.

La edad se utilizó tanto en su forma continua (regresión lineal del IGS) como categorizada (MANOVA y caracterización descriptiva), siguiendo el principio de aprovechar al máximo la información cuantitativa cuando es posible y de facilitar la comparación con la literatura cuando se trabaja con grupos.

Tamaño muestral

El tamaño muestral final (n = 155) corresponde al número de participantes que cumplieron los criterios de inclusión en el período de recolección. No se realizó cálculo de tamaño muestral a priori, dado el carácter analítico-exploratorio del estudio. Por ello se calculó, usando el *software* G*Power, el poder (1-β) *post hoc* para detección de un efecto pequeño-mediano (*d* de Cohen=0,30) en una comparación de medias entre dos grupos independientes con α=0,05 a dos colas indica una potencia del 80 % en este tamaño muestral, lo que se considera adecuado para los análisis bivariados; el MANOVA y la regresión lineal son sensibles a tamaños de efecto pequeños a moderados con la muestra disponible.

Análisis de datos

Los análisis se realizaron en R (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria), versión 4.5.3.

Las variables se describen de acuerdo con su naturaleza y nivel de medición: las frecuencias, expresadas en porcentaje en el caso de las variables categóricas y con media y desviación estándar para las variables continuas. La consistencia interna del SCL-90-R en la muestra se evaluó con el α de Cronbach por dimensión.

La normalidad de los puntajes se examinó con la prueba de Shapiro-Wilk; ante la evidencia de no normalidad se recurrió a la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones por género, acompañada de tamaños de efecto (*d* de Cohen y *r* de rangos biserial) con sus intervalos de confianza al 95 %. La prevalencia de personas en riesgo se acompañó de intervalos de confianza al 95 % obtenidos por el método de Wilson[17], y la diferencia por género se evaluó con la prueba de χ^2.

Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con el IGS como desenlace y el género[18], la edad, el estrato socioeconómico y la escolaridad como predictores. Además, se realizó un análisis multivariado de la varianza (MANOVA) sobre las 9 dimensiones, con género, grupo de edad y estrato socioeconómico como factores. Se reportaron los ANOVA univariados con corrección por tasa de falsos descubrimientos (Benjamini-Hochberg). Los supuestos de los modelos se verificaron con gráficos de residuos y diagnóstico de homoscedasticidad para la regresión, y con la prueba de Box M para la homogeneidad de matrices de covarianza en el MANOVA.

Las comparaciones por grupo de edad y por estrato se exploraron en la estructura del MANOVA. Como análisis de sensibilidad se replicaron las comparaciones bivariadas estratificando por grupo de edad para verificar la consistencia del patrón observado en la muestra completa.

El nivel de significación se fijó en p <0,05.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Universitaria María Cano en el acta de la sesión ordinaria del mes de diciembre del año 2023. Se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki y a la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en su categoría de investigación con riesgo mínimo. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, en el que se explicó el propósito del estudio, los alcances, el manejo de la información, la cadena de custodia y el resguardo del anonimato. Los datos se manejaron de manera anonimizada con códigos numéricos.

RESULTADOS

Características de la muestra

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los grupos de análisis. En la ocupación se observó una diferencia significativa por género (p = 0,038), con mayor proporción de hombres empleados y mayor proporción de mujeres en labores del hogar. La consistencia interna del SCL-90-R en la muestra fue adecuada (α de Cronbach por dimensión entre 0,74 y 0,85), comparable con la validación colombiana en muestra clínica[15] y con estudios latinoamericanos[13,16].

Tabla 1. Características sociodemográficas por género (n = 155)

Variable	Hombres (n = 80)	Mujeres (n = 75)	Total (n = 155)	p
Edad (años), M (DE)	35,7 (7,7)	38,3 (8,3)	36,9 (8,1)	0,051
Grupo de edad				
25-36	45 (56,3 %)	32 (42,7 %)	77 (49,7 %)	
37-43	23 (28,8 %)	23 (30,7 %)	46 (29,7 %)	0,13
44-60	12 (15,0 %)	20 (26,7 %)	32 (20,6 %)	
Estrato socioeconómico				
Bajo	11 (18,6 %)	10 (16,4 %)	21 (17,5 %)	
Medio	20 (33,9 %)	25 (41,0 %)	45 (37,5 %)	0,7
Alto	28 (47,5 %)	26 (42,6 %)	54 (45,0 %)	
Escolaridad				
Primaria	2 (2,5 %)	-	2 (1,3 %)	
Bachillerato	36 (45,0 %)	29 (38,7 %)	65 (41,9 %)	0,4
Técnico	11 (13,8 %)	12 (16,0 %)	23 (14,8 %)	
Universitario	31 (38,8 %)	34 (45,3 %)	65 (41,9 %)	
Ocupación				
Labores del hogar	10 (12,5 %)	18 (24,0 %)	28 (18,1 %)	
Estudiante	2 (2,5 %)	6 (8,0 %)	8 (5,2 %)	0,038
Empleado	68 (85,0 %)	51 (68,0 %)	119 (76,8 %)	

Nota: M = media, DE = desviación estándar. Los valores de p corresponden a la prueba de Wilcoxon (edad) y a χ^2 de Pearson (variables categóricas). Los porcentajes de estrato se calcularon sobre los participantes con información disponible (n = 120).

Frecuencia de malestar psicológico y su distribución por género

La prevalencia de personas en riesgo (T igual o mayor a 63) varió entre el 10,7 % y el 29,3 % en el conjunto de la muestra: en hombres osciló entre el 13,8 % (sensibilidad interpersonal) y el 28,7 % (somatización), y en mujeres entre el 10,7 % (hostilidad) y el 29,3 % (psicoticismo). Las dimensiones más comprometidas, considerando ambos géneros, fueron somatización, ansiedad fóbica y psicoticismo. La Tabla 2 presenta la prevalencia detallada y los intervalos de confianza al 95 % por dimensión y género.

Al examinar el patrón por género se observó que las mujeres presentaron prevalencias ligeramente mayores en psicoticismo (29,3 % frente a 26,2 %) y en ansiedad (21,3 % frente a 18,8 %), mientras que los hombres mostraron prevalencias mayores en somatización (28,7 % frente a 24,0 %), obsesiones y compulsiones (20,0 % frente a 13,3 %), hostilidad (15,0 % frente a 10,7 %) e ideación paranoide (20,0 % frente a 17,3 %). En sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad fóbica las prevalencias fueron prácticamente equivalentes. Las pruebas χ^2 no detectaron diferencias significativas en ninguna dimensión tras la corrección por tasa de falsos descubrimientos.

Comparación de los puntajes promediados por género

Las distribuciones de las 9 dimensiones se desviaron de la normalidad (Shapiro-Wilk, p <0,05), por lo que las comparaciones se realizaron con la prueba U de Mann-Whitney. Las mujeres presentaron puntuaciones medias ligeramente mayores en somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica; mientras que los hombres mostraron valores ligeramente más altos en hostilidad y psicoticismo; en ideación paranoide las puntuaciones medias fueron prácticamente equivalentes. Los tamaños de efecto fueron pequeños en todas las dimensiones (d ≤0,32). Tras la corrección por tasa de falsos descubrimientos, ninguna comparación bivariada conservó significación estadística. Los resultados detallados se presentan en la Tabla 3 y la magnitud y dirección de los efectos se ilustran en la Figura 1.

Tabla 2. Prevalencia de personas en riesgo (T ≥63) por dimensión y género (n = 155)

Dimensión	Hombres % [IC 95 %]	Mujeres % [IC 95 %]	p (χ^2)	p FDR
Somatización	28,7 [20,0; 39,5]	24,0 [15,8; 34,8]	0,626	1,000
Obsesiones-compulsiones	20,0 [12,7; 30,0]	13,3 [7,4; 22,8]	0,371	1,000
Sensibilidad interpersonal	13,8 [7,9; 23,0]	13,3 [7,4; 22,8]	1,000	1,000
Depresión	17,5 [10,7; 27,3]	16,0 [9,4; 25,9]	0,972	1,000
Ansiedad	18,8 [11,7; 28,7]	21,3 [13,6; 31,9]	0,841	1,000
Hostilidad	15,0 [8,8; 24,4]	10,7 [5,5; 19,7]	0,572	1,000
Ansiedad fóbica	27,5 [18,9; 38,1]	26,7 [18,0; 37,6]	1,000	1,000
Ideación paranoide	20,0 [12,7; 30,0]	17,3 [10,4; 27,4]	0,826	1,000
Psicoticismo	26,2 [17,9; 36,8]	29,3 [20,2; 40,4]	0,803	1,000

Nota: IC 95 % por el método de Wilson; p FDR: valor p ajustado por tasa de falsos descubrimientos.

Tabla 3. Comparación de los puntajes promediados de las dimensiones e índices globales del SCL-90-R por género (n = 155)

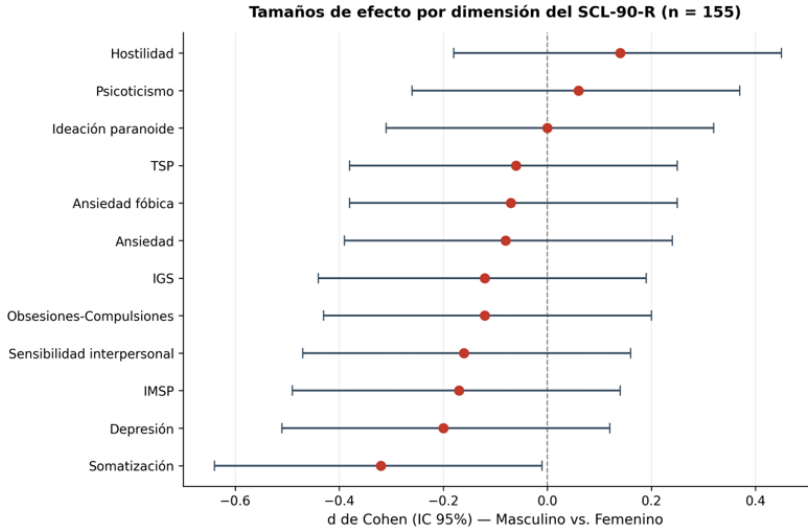
Dimensión / Índice	Hombres M (DE)	Mujeres M (DE)	U	p	p FDR	d Cohen [IC 95 %]
Somatización	0,89 (0,62)	1,11 (0,77)	2527	0,090	0,809	-0,32 [-0,64; -0,01]
Obsesiones-compulsiones	1,13 (0,72)	1,22 (0,72)	2762	0,394	0,809	-0,12 [-0,43; 0,20]
Sensibilidad interpersonal	0,87 (0,62)	0,98 (0,73)	2805	0,484	0,809	-0,16 [-0,47; 0,16]
Depresión	0,95 (0,63)	1,08 (0,74)	2690	0,267	0,809	-0,20 [-0,51; 0,12]
Ansiedad	0,87 (0,69)	0,93 (0,77)	2923	0,784	0,855	-0,08 [-0,39; 0,24]
Hostilidad	0,92 (0,75)	0,82 (0,69)	3227	0,416	0,809	0,14 [-0,18; 0,45]
Ansiedad fóbica	0,65 (0,69)	0,70 (0,74)	2858	0,607	0,809	-0,07 [-0,38; 0,25]
Ideación paranoide	1,11 (0,77)	1,11 (0,83)	3038	0,893	0,893	0,00 [-0,31; 0,32]
Psicoticismo	0,75 (0,67)	0,71 (0,69)	3155	0,580	0,809	0,06 [-0,26; 0,37]
IGS	0,92 (0,57)	0,99 (0,65)	2849	0,590	0,809	-0,12 [-0,44; 0,19]
TSP	44,8 (23,0)	46,2 (25,0)	2916	0,764	0,855	-0,06 [-0,38; 0,25]
IMSP	1,77 (0,45)	1,85 (0,51)	2734	0,342	0,809	-0,17 [-0,49; 0,14]

Nota: M = media; DE = desviación estándar; U = estadístico de Mann-Whitney; p FDR = valor p ajustado por tasa de falsos descubrimientos. Los valores negativos de d indican puntuaciones mayores en mujeres.

Patrón del malestar psicológico en cada género

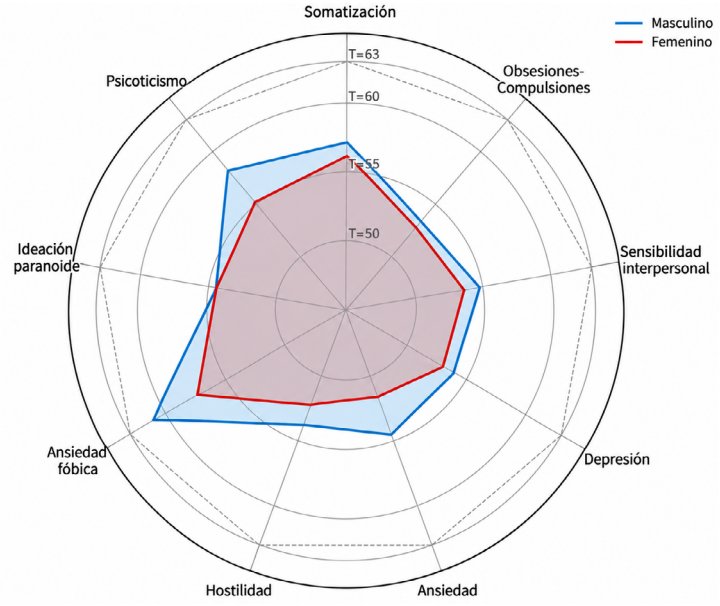
El perfil promedio por género en puntajes T del SCL-90-R se presenta en la Figura 2. Las puntuaciones T promedio se sitúan, en ambos géneros, alrededor del rango medio (T entre 52 y 61 en la mayoría de las dimensiones). Tanto en hombres como en mujeres la dimensión con puntaje T más alto fue la ansiedad fóbica, cercana al umbral de riesgo, seguida por psicoticismo y somatización. La diferencia entre los perfiles masculino y femenino se atenúa cuando se trabaja con puntajes T, lo que es coherente con la función del baremo: el uso de normas separadas por sexo controla la asimetría poblacional típica en el reporte de síntomas.

Figura 1. Tamaños de efecto (d de Cohen) por dimensión del SCL-90-R en la comparación por género (n = 155).



Nota: los puntos representan la d de Cohen y las barras los intervalos de confianza al 95 %. La línea discontinua corresponde a *d* = 0 (ausencia de efecto). Los valores negativos indican puntuaciones mayores en mujeres.

Figura 2. Perfil promedio en puntajes T del SCL-90-R por género (n = 155).



Nota: la línea discontinua marca el umbral T = 63 (persona en riesgo). El uso de baremo separado por sexo atenúa las diferencias absolutas entre perfiles, lo que es esperable.

Análisis multivariados

El MANOVA sobre las 9 dimensiones evidenció un efecto multivariado pequeño a moderado, estadísticamente significativo, del género (Pillai = 0,177; $F_{(9, 106)}$ = 2,54; p = 0,011), del grupo de edad (Pillai = 0,254; p = 0,036) y del estrato socioeconómico (Pillai = 0,357; p <0,001). Los ANOVA univariados con corrección por tasa de falsos descubrimientos no identificaron dimensiones individuales con efecto significativo del género, aunque las cifras no corregidas sugieren que somatización (p = 0,012) y depresión (p = 0,016) son las que más se

aproximan al criterio. Este patrón sugiere que las diferencias por género, aunque modestas y no detectables en una comparación bivariada, se ordenan de manera coherente cuando se examinan en conjunto con la edad y el estrato. La regresión lineal múltiple para el IGS no encontró un efecto significativo del género (β = 0,147; p = 0,203) ni de la edad (β = -0,002; p = 0,797), mientras que las personas de estrato medio mostraron un IGS significativamente menor que las de estrato bajo (β = -0,344; p = 0,037).

DISCUSIÓN

En este estudio sobre el malestar psicológico en adultos colombianos sin trastorno mental se encontró un patrón de diferencias por género de magnitud pequeña, en el que las mujeres presentaron puntuaciones medias ligeramente mayores en somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica; mientras que los hombres lo hicieron en hostilidad y psicoticismo. Aunque ninguna comparación bivariada fue significativa tras la corrección por tasa de falsos descubrimientos, el análisis multivariado mostró un efecto global significativo del género, lo que sugiere que las diferencias deben analizarse de manera conjunta y no aisladamente.

El perfil de síntomas internalizantes en mujeres es coherente con la literatura. La revisión integradora de Kayrouz *et al.*[7], basada en 257 metaanálisis, señaló que las mujeres tienden a presentar prevalencias mayores en los trastornos internalizantes y los hombres en los externalizantes, con tamaños de efecto generalmente pequeños. En población hispanohablante, Matud *et al.*[19] analizaron una muestra española de adultos en la comunidad y encontraron que las mujeres reportaban significativamente más síntomas de somatización, depresión, ansiedad y disfunción social comparadas con los hombres, con tamaños de efecto pequeños a moderados; este hallazgo sustenta la replicabilidad del patrón en contextos culturales próximos al colombiano. Herrera-Añazco *et al.*[8] encontraron una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en mujeres latinoamericanas durante la pandemia, asociada a determinantes sociales como la carga de cuidado y la inequidad laboral. En el contexto colombiano, los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental[2,3] y del Análisis del Perfil de Salud Mental[4] muestran prevalencias acumulativas mayores de depresión y ansiedad en mujeres. Las cifras descriptivas del presente estudio coinciden en esa tendencia, aunque con una magnitud menor, posiblemente influida por el tamaño muestral y por la naturaleza no clínica de la misma.

La discusión de las diferencias por género debe interpretarse con cautela en al menos dos frentes. Por un lado, Casullo[16] observó en una muestra de 760 adultos argentinos de población general que las diferencias por género en hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo no fueron estadísticamente significativas, lo que coincide con lo observado en el presente estudio. Esta semejanza, en dos contextos latinoamericanos diferentes, sugiere que en estas tres dimensiones las experiencias subjetivas tienden a expresarse de forma similar entre hombres y mujeres en población general; mientras que las diferencias persisten con mayor consistencia en las dimensiones internalizantes clásicas.

Por otro lado, los planteamientos socioculturales recuerdan que algunos resultados pueden responder a los procesos de socialización de género más que a una diferencia patológica objetiva. Olivera *et al.*[11] señalan que las normas culturales son más permisivas con la expresión de la agresividad en hombres que en mujeres, lo que podría explicar la frecuencia ligeramente mayor de síntomas de hostilidad en el grupo masculino. Mommersteeg *et al.*[20] en un estudio reciente con adultos holandeses, señalan que los roles y las normas de género, entendidos como construcciones sociales independientes del sexo biológico, se asocian con el distrés psicológico en ambos sexos, lo que refuerza la idea de que las diferencias observadas en el SCL-90-R pueden estar moduladas por la posición social y las expectativas culturales asociadas al género más que por una diferencia biológica, tal y como lo describimos en este estudio. Casullo y Fernández[13] advierten, además, que la mayor frecuencia de síntomas autorreportados en mujeres puede reflejar normas de expresión emocional culturalmente vigentes que asocian ciertos malestares con los roles femeninos.

Se debe interpretar con cautela la tendencia de las mujeres a reportar más síntomas, ya que estas diferencias descriptivas pueden responder a patrones culturales de alta expresión emocional. En el contexto colombiano, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, las diferencias de género en la manifestación del malestar psicológico pueden relacionarse con patrones socioculturales y con normas sociales que influyen en la forma en que hombres y mujeres comunican o exteriorizan sus estados emocionales.

El uso de un baremo separado por sexo es metodológicamente importante en estudios como este. Cuando las puntuaciones directas se transforman a puntajes T frente a una distribución normativa independiente para hombres y mujeres, parte de las diferencias entre ambos grupos ya está incorporada al baremo. Esto explica por qué las prevalencias de personas en riesgo se equiparán entre géneros y por qué el perfil en la figura de radar muestra trayectorias parecidas: la mayor frecuencia de síntomas en mujeres se atenúa cuando se ajusta por el baremo femenino. Las diferencias en puntajes medias, en cambio, sí muestran esas diferencias coincidiendo con la literatura. Esta lectura de los dos tipos de comparación

es esencial para no sobreinterpretar ni subestimar las diferencias por género.

Además, los análisis multivariados aportan datos relevantes para la interpretación de nuestros resultados. El efecto del estrato socioeconómico fue el más sólido, pues las personas de estrato medio mostraron puntuaciones globales significativamente menores que las de estrato bajo, controlando por género, edad y escolaridad. Este resultado refuerza la importancia de los determinantes sociales en la configuración del malestar psicológico[18] y es consistente con los lineamientos de la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033[6]. Mirzaei-Alavijeh *et al.*[12] documentaron, en un estudio reciente con adultos de la región del Kurdistán (n = 2052), que el estatus socioeconómico y la educación se asocian de manera significativa con el malestar psicológico, y que la magnitud del efecto difiere entre hombres y mujeres: las diferencias sociales son más marcadas en mujeres y la brecha por género se atenúa en los estratos más altos. Esta interacción entre género y posición social permite explicar los resultados del presente estudio, en los que la dirección de las diferencias por género junto con el efecto del estrato sugiere que las diferencias en el malestar psicológico no se explican por el género en sí mismo, sino por la interacción de este con los determinantes sociales. La edad, en el rango de la muestra analizada (25 a 60 años), no se asoció significativamente con el IGS, lo cual concuerda con los hallazgos de Casullo[16] en la muestra normativa argentina.

El reconocimiento de las diferencias por género en el malestar psicológico es de utilidad para la práctica clínica, ya que puede orientar en el análisis diferencial frente al tipo de síntomas que cada grupo tiende a expresar. La continuidad de estudios de este tipo en otras muestras de la región es relevante para verificar la replicabilidad del patrón observado y, eventualmente, para construir referencias normativas locales que faciliten la interpretación clínica.

El estudio presenta varias limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, el muestreo no probabilístico por conveniencia con técnica de bola de nieve restringe la generalización a la población antioqueña o colombiana e introduce un posible sesgo de autoselección[21], dado que las personas que aceptan participar suelen poseer características diferenciales (como mayor introspección o necesidad de expresar malestar) respecto a quienes rechazan participar declinan[17,19]. En segundo lugar, la ausencia de un baremo colombiano para población general adulta no clínica obligó a utilizar el baremo de Casullo[16], derivado de población argentina; aunque es la opción metodológicamente más sólida disponible, los puntos de corte podrían no reflejar de manera exacta la distribución del malestar en la población colombiana. La restricción al rango de validez del baremo (25 a 60 años) redujo el tamaño muestral y limita la generalización a personas más jóvenes o mayores. En tercer lugar, el diseño transversal capta el malestar autorreportado durante la última semana y no permite afirmar nada sobre la trayectoria temporal ni sobre la cronicidad de los síntomas[15].

En conclusión, el presente estudio aporta evidencia analítica sobre las diferencias por género del malestar psicológico en una muestra de adultos colombianos sin trastornos psiquiátricos. Las diferencias resultaron pequeñas en magnitud y, aunque surgen en la estructura multivariada, no se sostienen en las comparaciones bivariadas tras la corrección por comparaciones múltiples. El patrón observado coincide con resultados de estudios internacionales, con mujeres que reportan ligeramente más síntomas internalizantes y hombres con valores algo mayores en hostilidad y psicoticismo; pero coincide con la muestra argentina en la falta de diferencias significativas en hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Desde una perspectiva clínica estas diferencias se deben analizar desde una dimensión biológica articulada con procesos de socialización de género que determinan la expresión emocional. El estrato socioeconómico emerge como un correlato fuerte del malestar global y señala la necesidad de integrar el tamizaje del malestar psicológico en los primeros niveles de atención, en concordancia con la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declararon no tener conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Esta investigación fue financiada por la Fundación Universitaria María Cano en el marco de la 9.ª Convocatoria Interna de Proyectos y Productos de I+D+i, para su ejecución en 2024; aprobada por el Comité de Investigaciones en la sesión n.° 1, del 11 de diciembre de 2023.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud; 2015. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

3. Gómez-Restrepo C, Tamayo Martínez N, Bohórquez A, Rondón M, Medina Rico M, Rengifo H, *et al*. Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45(Supl 1):58-67.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental: perfil del país Colombia. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-perfil-pais-colombia
5. Ministerio de Salud y Protección Social. El 66.3 % de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2023. Disponible en: https://www.centronacionaldeconsultoria.com/post/el-66-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-alg%C3%BAn-problema-de-salud-mental-encuesta-minsalud.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental 2024-2033. Bogotá: Minsalud; 2024. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf.
7. Kayrouz R, Karin E, Staples L, Dear B, Nielssen O, Titov N. A review of the 257 meta-analyses of the differences between females and males in prevalence and risk, protective factors, and treatment outcomes for mental disorder. BMC Psychiatry. 2025;25(1):677.
8. Herrera-Añazco P, Urrunaga-Pastor D, Benites-Zapata VA, Bendezu-Quispe G, Toro-Huamanchumo CJ, Hernandez AV. Gender differences in depressive and anxiety symptoms during the first stage of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Latin America and the Caribbean. Front Psychiatry. 2022;13:727034.
9. Mohamed Dafa L, Gómez Gascón T, Poveda Agustín J, Polentinos Castro E. Prevalencia de síntomas mentales entre los refugiados saharauis en Tinduf, Argelia, utilizando el Cuestionario de Salud General Goldberg 28. Aten Primaria. 2023;55(8):102653.
10. Altemus M, Sarvaiya N, Neill Epperson C. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. Front Neuroendocrinol. 2014;35(3):320-30.
11. Olivera Pertusa MP, Salinas-Oñate N, Silva Concha A, Manríquez-Robles D, Neira-Pérez I. Normas de género y conductas de riesgo en salud. Psykhe. 2025;34(1):1-16.
12. Mirzaei-Alavijeh M, Najafi F, Veis RG, Moradinazar M, Farasati F, Jalilian F. Psychological distress and its association with gender, socioeconomic status, education and health conditions. Sci Rep. 2025 Aug 9;15(1):29142.
13. Casullo MM, Fernández M. Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes argentinos. Psykhe. 2001;10(1):155-162.
14. Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring and procedures manual. 3a ed. Minneapolis: NCS Pearson; 1994.
15. Londoño NH, Agudelo DM, Martínez E, Anguila D, Aguirre DC, Arias JF. Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. Med UNAB. 2018;21(2):45-59.
16. Casullo MM. Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. Psicol Cienc Soc. 2004;6(1):49-57.
17. Brown LD, Cai TT, DasGupta A. Interval estimation for a binomial proportion. Stat Sci. 2001;16(2):101-33.
18. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. Psychol Bull. 2017;143(8):783-822.
19. Matud MP, Bethencourt JM, Ibáñez I. Gender differences in psychological distress in Spain. Int J Soc Psychiatry. 2015 Sep;61(6):560-8.
20. Mommersteeg PM, van Valkengoed I, Lodder P, Juster RP, Kupper N. Gender roles and gender norms associated with psychological distress in women and men among the Dutch general population. J Health Psychol. 2024;29(8):797-810.
21. Tyrer S, Heyman B. Sampling in epidemiological research: Issues, hazards and pitfalls. BJPsych Bull. 2016;40(2):57-60.