

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LA SCL-90 EN LA EVALUACIÓN DE PSICOPATOLOGÍA EN MUJERES

Carmen Lara Muñoz*, Irene Espinosa de Santillana**, Ma. de la Luz Cárdenas***,
Mónica Fócil****, Josefina Cavazos*****

SUMMARY

Women are especially vulnerable to anxiety and depressive disorders, as shown in the international literature and, in our country, in the National Survey of Psychiatric Epidemiology. However, it is important not only to identify the disorders as such, but also to identify the symptoms, that though not becoming a disorder generate illnesses in women and can respond to psychopharmacological or psychotherapeutic interventions.

The Symptom Check List (SCL 90) is a widely used instrument. In this study, three groups of women were assessed: one group of the community (as reference group), a second one, of women diagnosed as depressed in a third level psychiatric institution, and another group of women with a temporomandibular disorder (TMD).

The main objective of this study was to identify the psychometric characteristics of the SCL-90.

The alpha of Cronbach was determined (internal consistency) by each one of the 9 subscales. The validity was determined through the following criteria: Validity of the SCL-90 as a method to detect depressed women. A ROC curve was made, comparing the depressed women and the women of the community. Validity of the SCL-90 as a measurement of depression. We hypothesized a high correlation with Beck's depression scale and Hamilton's depression scale.

Sensitivity to change: effect size. We hypothesized that the greater effect would be in the depression subscale.

For construct validity we compare the psychopathological profiles of the three groups of women. We hypothesized the existence of a gradient: the highest ratings in depressed women, the lowest in women of the community, and intermediate ratings in women with TMD. A factorial analysis was also carried out.

Women older than 18 years of age were included, who were literate and accepted to participate in this study. They had no cognitive deficit (mental retardation, dementia, psychosis, states of confusion) or any other problem that would impede that they answer the surveys. The three groups were made up as follows:

Women with TMD: Women with clinical diagnosis of Temporomandibular Disorder who went to an ambulatory service of Maxillofacial Surgery of the ISSSTEP (Social Security Hospi-

tal for State Government Employees), who had not had treatment for TMD during the past six months and who did not have degenerative arthritic illness. No previous psychiatric diagnosis.

Depressed women: Women attending to the National Psychiatric Institute who were diagnosed with Major Depressive Disorder and were prescribed anti-depressive treatment.

Women of the community: Mothers of the students at the secondary school *Pablo Cassals*, a field of work of the Community Psychiatric Service of the Psychiatric Hospital *Fray Bernardino Alvarez*.

Results: The interview was carried out with 289 women, 131 were depressed women, 96, women of the community, and 62, women with TMD. The mean (standard deviation) age was similar in the three groups: 36 (10), 37.7 (5.5), 37.6 (11.9) respectively.

Of the women with depression, 64% had a stable partner, 100% of the women in the community, and 61% of the women with TMD. 69% of the women with depression were dedicated to keeping house, 34% of the women with TMD, and 74% of the women of the community.

Internal consistency was determined through Cronbach's alpha. The results of this analysis show us a high consistency of the instrument's nine subscales. Except for the subscale of paranoid symptoms in the women of the community, the alpha coefficients of all subscales in the 3 groups were higher than 0.7.

Another form of establishing the validity of the instrument is through the determination of the cut-off point for patient identification. Through the ROC curve, 1.5 points in the subscale of depression was taken, as the best score to minimize the number of false positive and false negative results.

As a measurement of depression, it was observed that the correlations of the subscales with Hamilton's depression scale and Beck's depression inventory had the highest correlations with the subscale of depression. The correlations with Beck's Inventory are higher than with Hamilton's scale of depression. This information supports the convergent validity of the subscale of depression with conventional instruments for its assessment.

Another way of determining the validity of an instrument is to establish sensitivity to change. The size of the effect was calculated dividing the average of the difference (before-after) over the basal standard deviation of depressed women who

* Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

** ISSSTEP, Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

***Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, México D.F.

****Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, Puebla.

*****Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Correspondencia: Carmen Lara Muñoz, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, B. Universidad Autónoma de Puebla, 13 Sur 2702, 72000, Puebla, Pue. México. Tel: 01-22-22-29-55-00, ext. 6064, E mail: carmen_lara_2001@yahoo.com

Recibido primera versión: 19 de octubre de 2004; segunda versión: 26 de abril de 2005; aceptado: 27 de abril de 2005.

participated in the longitudinal study. The size of the effect was higher in Hamilton's scale of depression and second in the subscale of depression, which indicates that there is a specific answer to a specific anti-depressive intervention.

According to what has been hypothesized (construct validity), the highest ratings corresponded to the depressed women; the lowest to the women of the community, and the intermediate to the women with TMD. The differences between groups were statistically significant in each of the nine subscales and in the total indexes. The group of the community was significantly different from those of the depressed women and the women with TMD. The difference between these last two groups was also significant.

In an exploratory factorial analysis of the 90 reactivities, 87 had factorial loads higher than .40 in a first factor that explained 46.77% of the total variance of the SCL 90.

Although 13 more factors with Eigen values higher than 1 were identified, the variance explained by each of them was lower than 5%; according to this technique, only one general factor is the best explanation for the checklist. The two reactivities with small factorial loads were: "Do you believe that others should be blamed for your problems?", "Do you hear voices that others don't hear?" and "Excessive eating".

Although the checklist was developed for the assessment of a psychopathological profile, some authors have proposed that it should be used as a measurement of general psychopathology. In this study, the checklist was evaluated as a method of assessing a psychopathological profile as originally proposed by Derogatis, as a method of assessing general psychopathology (with the three total indicators), and as a specific method of assessing depression.

The information that most solidly supports the validity of the List's subscales is the differences in the profile that were observed among the three groups.

The points in all the subscales were higher for women with TMD than those for the women of the community, but lower than in depressed patients; this shows that the psychological state of women with TMD tends to be similar to that of women with psychiatric diagnosis of depression. In this regard, the advantage of using the List to measure a profile is evident, and not only to assess general psychopathology.

The Symptom Checklist proved to have the psychometric characteristics appropriate to be used as an instrument to assess a psychopathological profile, to identify patients with depression, and to measure the intensity of depression. As an instrument to measure change, it is sensitive to psychopharmacological interventions. Although the size of the effect observed in the depression subscale is lower than that observed with the Hamilton scale, it is notably higher than the one observed with Beck's Depression Inventory.

With these psychometric characteristics, it is possible to use the List in any type of research, including those that assess anti-depressive interventions.

Key words: SCL-90, women, temporomandibular disorders, validity, reliability.

RESUMEN

Las mujeres constituyen un grupo especialmente propenso a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Aunque se conocen diferentes instrumentos para la evaluación de estos esta-

dos, la Lista de 90 Síntomas (SCL-90) posee la característica de ser multidimensional y permite la evaluación de factores como la somatización, que es frecuente entre las mujeres. El objetivo principal de este trabajo fue identificar las características psicométricas de la SCL-90: cohesión interna, validez de criterio y validez de constructo.

Se hizo un estudio en mujeres mayores de 18 años, que sabían leer y escribir y que aceptaron participar en el mismo. Se formaron tres grupos: a) mujeres con diagnóstico clínico de TMD (por sus siglas en inglés: *temporo-mandibular-disorder*) que acudieron a la consulta externa de Cirugía Maxilofacial del ISSSTEP, que no habían recibido tratamiento para TMD en los últimos seis meses y que no presentaban artritis degenerativa ni contaban con un diagnóstico psiquiátrico previo; b) mujeres que acudieron a la Consulta Externa del Instituto Nacional de Psiquiatría a quienes se les diagnosticó Trastorno Depresivo Mayor y se les prescribió tratamiento antidepressivo; c) madres de los alumnos de la escuela secundaria Pablo Casals, campo de trabajo del Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Se entrevistó a 289 mujeres: 131 deprimidas, 96 pertenecientes a la comunidad y 62 con TMD. El promedio (desviación estándar) de la edad fue similar en los tres grupos: 36 (10), 37.7 (5.5) y 37.6 (11.9) respectivamente. La mayoría tenía una pareja estable. Se dedicaba a las labores del hogar 69% de las mujeres deprimidas; 34% de las mujeres con TMD y 74% de las mujeres de la comunidad.

Se observó una elevada consistencia interna de las nueve subescalas del instrumento. A excepción de la subescala de síntomas paranoides en las mujeres deprimidas y en las de la comunidad, los coeficientes Alpha (de Cronbach) de todas las subescalas en los 3 grupos fueron superiores a 0.8. Mediante una curva ROC se determinó que la puntuación de 1.5 en la subescala de depresión diferenciaba a las mujeres deprimidas de las mujeres de la comunidad, lo que minimizó el número de falsos positivos y falsos negativos.

En cuanto a la validez (convergente) de la Lista como medida de depresión se observó que de las nueve subescalas, la que obtuvo los mayores coeficientes de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton y con el Inventario de Depresión de Beck fue la subescala de depresión. El tamaño del efecto fue mayor en la escala de depresión de Hamilton y en segundo lugar, en la subescala de depresión, lo que indica que hay una respuesta específica a una intervención específica antidepressiva. En cuanto a la validez del constructo, de acuerdo con lo hipotetizado, las puntuaciones más elevadas correspondieron a las mujeres deprimidas, las más bajas a las de la comunidad y las intermedias a las que presentan DTM. Las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas en todas las subescalas y en los índices totales. En un análisis factorial, 87 reactivos tuvieron cargas factoriales superiores a .40 en un primer factor que explicó el 46.77% de la varianza total del cuestionario.

La Lista de 90 síntomas demostró tener las características psicométricas adecuadas para emplearla como instrumento de evaluación de perfil de psicopatología, de identificación de pacientes con depresión y de medición de la intensidad de la misma. Como instrumento de medición de cambio, responde a las intervenciones psicofarmacológicas; aunque el efecto observado en la subescala de depresión es inferior al de la escala de Hamilton, éste es notablemente superior al que se observa mediante el Inventario de Depresión de Beck.

Con estas características psicométricas, es posible emplear la Lista en cualquier tipo de investigación, incluso en aquellas que evalúan las intervenciones antidepressivas.

Palabras clave: SCL-90, mujeres, trastorno temporomandibular, validez, confiabilidad.

INTRODUCCIÓN

Las mujeres constituyen un grupo especialmente propenso a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, tal como puede apreciarse en la bibliografía internacional (4) y en nuestro país en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (13). Sin embargo, no solamente es importante la identificación de los trastornos como tales, sino también de los síntomas, que sin llegar a constituirse en un trastorno, generan un malestar que puede responder a las intervenciones psicofarmacológicas y/o psicoterapéuticas (10).

La evaluación multidimensional de la psicopatología es importante; generalmente se evalúa la depresión aunque, sin embargo, es importante contar con instrumentos que evalúen otras dimensiones de la psicopatología. En las mujeres son particularmente importantes, las dimensiones de la ansiedad y la somatización.

La Lista de 90 Síntomas (SCL 90 por sus siglas en inglés, *Symptom Check List*), desarrollada por Derogatis (5) es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación multidimensional. El SCL 90 tiene como antecedente la Escala de Malestar de Parloff (16), basada en el Índice Médico de Cornell (2). La Lista de 90 Síntomas, como su nombre lo indica, está compuesta por 90 reactivos que se califican en una escala de 0 a 4. En el SCL 90R se sustituyeron dos reactivos y se modificaron ligeramente otros siete (6). Sin embargo, la estructura de las nueve subescalas ha permanecido sin cambios. Además de las nueve subescalas hay siete

reactivos extra que contribuyen a la construcción de las puntuaciones globales y que evalúan las alteraciones del apetito y del sueño.

La SCL 90 fue diseñada como una medida general de los síntomas psiquiátricos en pacientes externos, tanto para uso clínico como para investigación (5). Normalmente se requieren 5 minutos para dar una breve explicación de como llenarla y 20 para darle respuesta; las indicaciones puede darlas un lego.

Este instrumento tiene dos características fundamentales: es autoaplicable y es un instrumento de evaluación multidimensional. Las subescalas, el número de reactivos que las conforman y algunas características de las mismas se muestran en el cuadro 1.

En este trabajo se evaluaron tres grupos de mujeres: un grupo de la comunidad (como grupo de referencia), uno con psicopatología conocida (mujeres con diagnóstico de depresión emitido en una institución psiquiátrica de tercer nivel) y otro de mujeres con uno de los llamados "síndromes somáticos funcionales" (mujeres con un trastorno temporomandibular). Los trastornos temporomandibulares (TMD) consisten en una serie de molestias que causan dolor en los músculos de la masticación y en la articulación temporomandibular. Frecuentemente se asocian con la restricción del movimiento mandibular y con sonidos articulares evocados al momento de la traslación del cóndilo mandibular. Estos trastornos son más frecuentes en las mujeres y van de 5:1 hasta 10:1. En nuestra práctica clínica la relación que hemos encontrado es de 6:1.

Los aspectos psicológicos de los DTM fueron descritos desde 1955 por Schwartz (20) y es conocida su asociación con ciertos síntomas de psicopatología.

El objetivo principal de este trabajo fue determinar las características psicométricas de la SCL 90. Aunque ésta tiene descriptores verbales, los que se le presentan al paciente son los descriptores numéricos. En este es-

CUADRO 1. Subescalas de la Lista de 90 Síntomas, SCL-90 (entre paréntesis el número de reactivos)

I. Somatización (12). Síntomas que reflejan el malestar que surge de la percepción de disfunciones corporales, quejas respecto a los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratorio, etc, cefalea, lumbalgia, mialgias y otros equivalentes somáticos de ansiedad.
II. Obsesivo-compulsivo (10). Conductas que están estrechamente identificadas con el síndrome clínico de este nombre: pensamientos o impulsos que se experimentan de manera involuntaria e irresistible.
III. Sensibilidad interpersonal (9). Sentimientos de incomodidad personal e inferioridad, particularmente en comparación con otros individuos; auto-depreciación, marcada molestia durante las interacciones personales.
IV. Depresión (13). Síntomas del síndrome depresivo, síntomas disfóricos, desesperanza, pérdida del interés en las actividades, falta de motivación y pérdida de la energía vital; algunos reactivos están relacionados con las ideas suicidas.
V. Ansiedad (10). Síntomas y comportamientos asociados clínicamente con elevado grado de ansiedad como inquietud, nerviosismo, tensión y ataques de pánico.
VI. Hostilidad (6). Enojo y comportamiento hostil; está organizada en tres categorías: pensamientos, sentimientos y acciones. Algunos reactivos típicos incluyen sentimientos de fastidio y necesidad de romper cosas así como temperamento explosivo incontrolable.
VII. Ansiedad fóbica (7). Síntomas que han sido observados en estados de ansiedad fóbica o agorafobia, miedos de naturaleza fóbica a viajes o espacios abiertos, multitudes o lugares públicos y transportes; incluye comportamiento fóbico social.
VIII. Ideación paranoide (6). Comportamiento paranoide, un modo de pensamiento con características como: pensamientos hostiles, suspicacia, delirios, pérdida de autonomía y grandiosidad.
IX. Síntomas psicóticos (10). Muestras de un amplio espectro de comportamientos psicóticos; alucinaciones auditivas, transmisión de pensamiento, control y conversión del pensamiento externo.

tudio los cuestionarios empleados sólo contenían descriptores verbales, en lugar de la escala numérica tradicional. Las categorías de la escala de respuestas fueron: no, un poco, regular, mucho, muchísimo.

Las características psicométricas evaluadas fueron la consistencia interna y la validez (15). Se determinó el α de Cronbach (consistencia interna) de cada una de las 9 subescalas. Se determinó la validez de la lista como instrumento de detección de la depresión (validez de criterio), mediante la comparación de la puntuación en la subescala de depresión de las mujeres deprimidas y de las mujeres de la comunidad. Se identificó el punto de corte que minimizaba el número de falsos positivos y falsos negativos. La validez de criterio como método de medición de la depresión, se determinó a través de la sensibilidad al cambio (tamaño del efecto) en respuesta a una intervención antidepressiva. Hipotetizamos que el mayor efecto se daría en la subescala de depresión. La validez de constructo se determinó de tres formas: convergente, diferencias entre grupos y análisis factorial. Para la validez de la SCL-90 como medida de depresión (validez convergente), hipotetizamos una correlación elevada de la subescala de depresión con el Inventario de Depresión de Beck y con la Escala de Depresión de Hamilton. Para la validez de constructo como medida de psicopatología general se compararon los perfiles de psicopatología de tres grupos de mujeres. Hipotetizamos la existencia de un gradiente: puntuaciones más elevadas en mujeres deprimidas, puntuaciones más bajas en mujeres de la comunidad y puntuaciones intermedias en mujeres con DTM. Finalmente, se realizó un análisis factorial exploratorio para evaluar la validez de constructo de las nueve subescalas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyó en el estudio a mujeres mayores de 18 años, que sabían leer y escribir y que aceptaron participar en el estudio, sin déficit cognoscitivo (retraso mental, demencia, psicosis, estados confusionales) o alguna otra circunstancia que les impidiera responder los cuestionarios. Se evaluaron tres grupos: 1) Mujeres que acudieron a la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría a quienes se les diagnosticó trastorno depresivo mayor y se les prescribió tratamiento farmacológico antidepressivo. 2) Mujeres con diagnóstico clínico de Trastorno Temporomandibular que acudieron a la consulta externa de Cirugía Maxilofacial del ISSSTEP, que no hubieran recibido tratamiento para TMD en los últimos seis meses, sin artritis degenerativa ni diagnóstico psiquiátrico previo. 3) Mujeres de la comunidad, madres de los alumnos de

la escuela secundaria Pablo Casals, campo de trabajo del Servicio de Psiquiatría Comunitaria del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Procedimiento

Las mujeres con depresión respondieron la SCL-90 en el contexto de un estudio observacional en el que se evaluó la discapacidad producida por el trastorno depresivo. Las mujeres con TMD fueron invitadas a participar en un ensayo clínico controlado en el que se evaluó el tratamiento convencional del trastorno vs el tratamiento convencional, más el apoyo psiquiátrico. Aunque posteriormente algunas declinaron participar en el ensayo clínico, todas aceptaron llenar la Lista. Los médicos que administraban el tratamiento (psiquiatras y cirujanos maxilo-faciales) les pidieron a las pacientes que participaran en el estudio, participación que consistía en llenar el cuestionario. Se abordó a las mujeres de la comunidad durante las pláticas de promoción a la salud mental que se llevan a cabo en la mencionada escuela; y ellas, voluntariamente y de forma anónima, aceptaron responder los cuestionarios.

El análisis estadístico se realizó con SAS 6.12. Se calificaron las nueve subescalas y los tres indicadores globales: calificación total (promedio de los 90 síntomas), número de problemas (número de reactivos con calificaciones mayores a 0) y severidad de los problemas (promedio de los reactivos con calificaciones mayores a 0). La consistencia interna se determinó con el coeficiente α de Cronbach. Para determinar la validez de la Lista como instrumento de detección de depresión (validez de criterio), se realizó una curva ROC para establecer el punto de corte que mejor diferenciaba a las mujeres con diagnóstico de depresión de las mujeres de la comunidad. La validez (de criterio) como método de medición de la depresión se determinó por la sensibilidad al cambio, calculando el tamaño estandarizado del efecto: promedio de la diferencia (antes-después) sobre la desviación estándar basal. Para la validez convergente se determinó el coeficiente de correlación de Spearman entre las evaluaciones específicas de depresión (Inventario de Depresión de Beck y Escala de Hamilton) y de las subescalas de la SCL-90. La significancia estadística de la diferencia entre los promedios de los tres grupos se determinó mediante un análisis de varianza de Wilcoxon. El análisis factorial se realizó con el método de componente principal.

RESULTADOS

Se entrevistó a 289 mujeres, 131 de ellas deprimidas, 96 pertenecientes a la comunidad y 62 con TMD. El

CUADRO 2. Alpha de Cronbach de las subescalas en todas las mujeres estudiadas y en cada uno de los grupos

Subescala	Todas	Deprimidas	DTM	Comunidad
Somatización	0.92	0.88	0.90	0.90
Obsesivo-compulsivo	0.90	0.84	0.87	0.85
Sensibilidad interpersonal	0.91	0.86	0.87	0.85
Depresión	0.94	0.87	0.89	0.91
Ansiedad	0.92	0.87	0.88	0.86
Hostilidad	0.89	0.85	0.89	0.83
Ansiedad fóbica	0.89	0.83	0.84	0.90
Síntomas paranoides	0.82	0.74	0.84	0.64
Síntomas psicóticos	0.88	0.81	0.88	0.86

promedio (desviación estándar) de la edad fue similar en los tres grupos: 36 (10), 37.7 (5.5), 37.6 (11.9) respectivamente.

De las mujeres con depresión, 64% (n= 84) tenía una pareja estable; 100% de las mujeres de la comunidad y 61% (n= 38) de las mujeres con TMD. Se dedicaban a las labores del hogar, 69% (n= 90) de las mujeres deprimidas, 34% (n= 21) de las mujeres con TMD y 74% de las mujeres de la comunidad.

Consistencia interna

Se determinó mediante el alfa de Cronbach. Los resultados de este análisis nos indican una elevada consistencia de las nueve subescalas del instrumento (cuadro 2). A excepción de la subescala de síntomas paranoides en las mujeres de la comunidad, y en las mujeres con depresión, los coeficientes alpha de todas las subescalas en los 3 grupos, fueron superiores a 0.8.

La Lista como instrumento de identificación de pacientes con depresión (validez de criterio)

Una forma de establecer la validez del instrumento es mediante la determinación del punto de corte para la identificación de pacientes con depresión.

Mediante una curva ROC se determinó que la puntuación de 1.5 en la subescala de depresión minimizaba el número de falsos positivos y falsos negativos (gráfica 1).

Sensibilidad al cambio

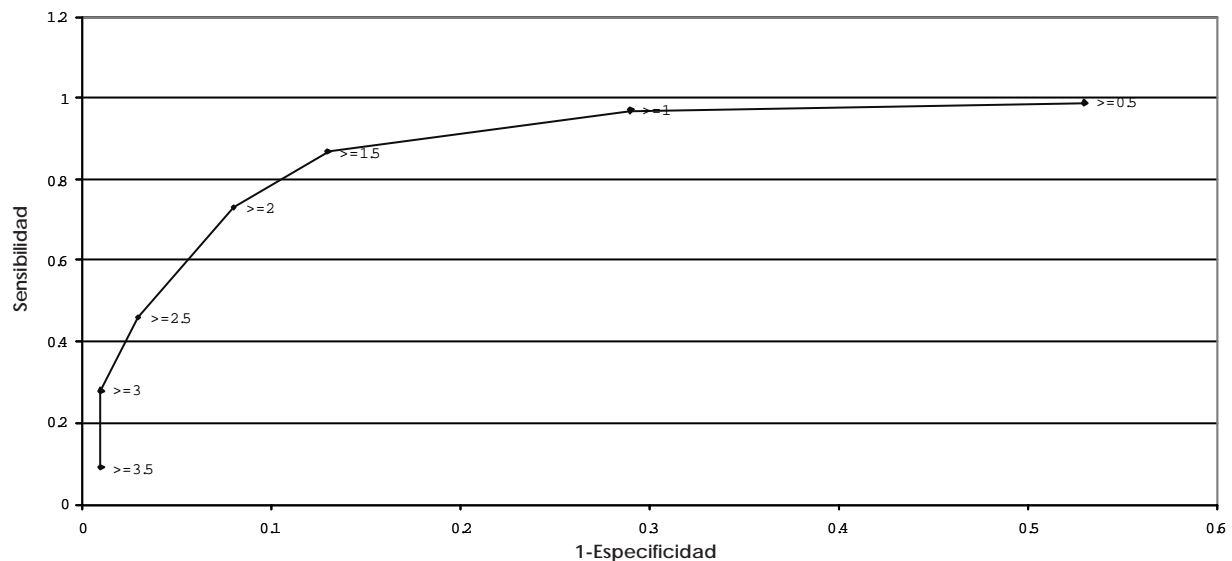
De las 101 mujeres deprimidas que participaron en un escrutinio longitudinal, 83 tuvieron seguimiento y con ellas se determinó la sensibilidad al cambio. El tamaño del efecto se calculó dividiendo el promedio de la diferencia (antes-después) sobre la desviación estándar basal.

Como se observa en el cuadro 3, el tamaño del efecto fue mayor en la escala de depresión de Hamilton y en segundo lugar, en la subescala de depresión, lo que indica una respuesta específica a una intervención específica (antidepresiva).

La lista como medida de depresión (validez convergente)

Los coeficientes de correlación de Spearman de las subescalas con la escala de depresión de Hamilton y con el Inventario de depresión de Beck, se muestran en el cuadro 4. Estas correlaciones se determinaron en las mujeres a las que se evaluó con los tres instrumentos. Se pueden observar consistentemente tres cosas:

Grafica 1. Curva ROC para la identificación de depresión



CUADRO 3. Tamaño estandarizado del efecto (promedio de la diferencia/desviación estándar basal)

Tamaño estandarizado del efecto	
Somatización	0.54
Obsesivo-compulsivo	0.45
Sensibilidad interpersonal	0.41
Depresión	0.76
Ansiedad	0.62
Enojo/hostilidad	0.41
Ansiedad fóbica	0.37
Pensamientos paranoides	0.35
Síntomas psicóticos	0.44
Beck	0.49
Hamilton	1.27

las correlaciones más elevadas corresponden a las de la subescala de depresión, las correlaciones de la 2ª evaluación son mayores que las de la primera, las correlaciones con el Inventario de Beck son mayores que con la escala de depresión de Hamilton. Estos datos apoyan la validez convergente de la subescala de depresión con instrumentos convencionales para la evaluación de ésta.

Diferencias en el perfil de los tres grupos (Validez de constructo)

De acuerdo con lo hipotetizado, las puntuaciones más elevadas correspondieron a las mujeres deprimidas, las más bajas a las mujeres de la comunidad y las intermedias a las mujeres con TMD. Las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas en todas las subescalas y en los índices totales. El grupo de la comunidad fue significativamente diferente al de

mujeres deprimidas y al de mujeres con TMD. Las diferencias entre estos dos últimos grupos también fueron significativas (cuadro 5 y gráfica 2).

Análisis factorial

En un análisis factorial de componente principal de los 90 reactivos, 87 tuvieron cargas factoriales superiores a .40 en un primer factor que explicó el 46.77% de la varianza total del cuestionario.

Aunque se identificaron otros 13 factores con valores Eigen superiores a 1, la varianza explicada por cada uno de ellos fue inferior a 5% por lo que se considera que de acuerdo con esta técnica, un solo factor general es la mejor explicación para el cuestionario. Los reactivos con cargas factoriales menores a 0.40 fueron: “¿Crees que a otros se les debe de culpar por tus problemas?” (0.39), “¿Oyes voces que los demás no oyen?” (0.29) y “Comer en exceso” (0.38).

DISCUSIÓN

Aunque la lista se elaboró para la evaluación de un perfil de psicopatología, algunos autores han propuesto que se emplee como medida de la psicopatología general (11). En este trabajo se analiza el comportamiento del instrumento: a) como método de evaluación de un perfil de psicopatología, como fuera propuesto

CUADRO 4. Coeficientes de correlación de Spearman de las subescalas del SCL-90 y las escalas de depresión de Hamilton y Beck

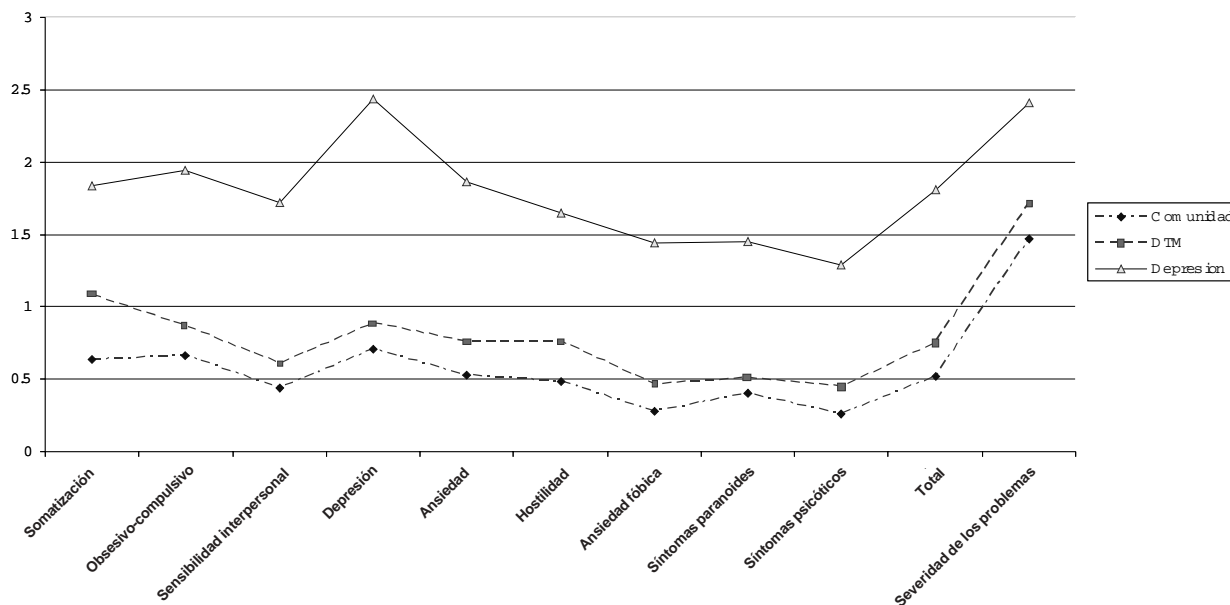
Subescala	Hamilton 1ª eval.	Hamilton 2ª eval.	Beck 1ª eval.	Beck 2ª eval.
Somatización	0.256	0.647	0.617	0.764
Obsesivo-compulsivo	0.258	0.597	0.563	0.627
Sensibilidad interpersonal	0.297	0.563	0.599	0.701
Depresión	0.413	0.736	0.726	0.828
Ansiedad	0.343	0.655	0.718	0.745
Hostilidad	0.248	0.672	0.567	0.733
Ansiedad fóbica	0.360	0.588	0.553	0.632
Pensamientos paranoides	0.273	0.574	0.616	0.693
Síntomas psicóticos	0.238	0.569	0.613	0.713

CUADRO 5. Media y desviación estándar de las subescalas de la lista de 90 síntomas en los tres grupos estudiados*

Subescala	Deprimidas		DTM		Comunidad	
	Media	de	Media	de	Media	de
Somatización	1.84	0.86	1.08	0.81	0.64	0.67
Obsesivo-compulsivo	1.94	0.81	0.87	0.75	0.66	0.66
Sensibilidad interpersonal	1.72	0.95	0.61	0.67	0.44	0.61
Depresión	2.44	0.81	0.89	0.73	0.71	0.69
Ansiedad	1.86	0.90	0.76	0.68	0.53	0.62
Hostilidad	1.65	1.08	0.76	0.91	0.48	0.64
Ansiedad fóbica	1.44	1.00	0.47	0.71	0.28	0.56
Síntomas paranoides	1.45	0.92	0.51	0.74	0.40	0.50
Síntomas psicóticos	1.29	0.80	0.45	0.61	0.26	0.48
Total	1.81	0.74	0.75	0.63	0.52	0.56
Número de problemas	64.40	16.30	35.40	22.80	27.90	20.50
Severidad de los problemas	2.41	0.61	1.71	0.47	1.47	0.51

*La diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa en todas las subescalas (p<0.0001, Prueba de Wilcoxon).

Gráfica 2. Comparación del perfil de los tres grupos



originalmente por Derogatis (5, 6); b) como método de evaluación de psicopatología general (con los tres indicadores totales), y c) como método específico de evaluación de la depresión.

La consistencia interna de las subescalas de la Lista

Si bien es deseable establecer la consistencia externa mediante evaluaciones en el tiempo, en los instrumentos autoaplicables para evaluar psicopatología esto es difícil; por un lado, son estados susceptibles de cambio en el tiempo, por el otro, dos aplicaciones demasiado cercanas en el tiempo presentan la posibilidad de un sesgo de recuerdo. Por estas razones, se considera útil analizar la consistencia interna, característica de la Lista que ha quedado claramente demostrada en este estudio. Para Nunnally (15) en las medidas hipotéticas de un constructo, “basta confiabilidades de 0.60 o de 0.50”, y “las confiabilidades incrementadas más allá de 0.80, a menudo son un desperdicio”. Los coeficientes obtenidos en este estudio fueron superiores a 0.80, excepto en la subescala de “ideación paranoide”; Bonicatto y cols. (1) obtuvieron un resultado similar.

La Lista como método de identificación de pacientes con depresión
Una de las características de la Lista es que se trata de un instrumento de autorreporte. La primera pregunta que surge es ¿cuándo son necesarios estos instrumentos? A partir de la valoración personal del paciente es posible identificar un probable diagnóstico, en circunstancias en las que se estima que hay una probabilidad elevada de encontrar un caso pero no se cuenta con recursos para hacer entrevistas clínicas en toda la población.

En estudios como el que se presenta, es posible va-

lorar la sensibilidad del instrumento, sin embargo, no es posible valorar adecuadamente su especificidad ya que no se puede establecer con certeza que alguna de las mujeres de la comunidad tuviese un trastorno depresivo, pues no se les realizó una entrevista para su diagnóstico. A pesar de esta desventaja, se pudo identificar un punto de corte que separaba adecuadamente a las mujeres con diagnóstico de depresión de aquellas con “probabilidad” de no tenerlo (mujeres en la comunidad).

Con este trabajo no se pretende demostrar que la Lista sea un instrumento útil para la detección de la psicopatología general, como lo han propuesto Peveler y Fairburn (17) quienes también emplearon el análisis ROC, sino sólo para identificar la depresión. Aunque se trata de un instrumento largo, el hecho de que sea un autorreporte le confiere ventajas sobre la entrevista clínica.

La experiencia clínica no puede ser sustituida, sin embargo, está claro que contar con estos instrumentos permite la optimización de recursos.

La Lista como medida de depresión: sensibilidad al cambio y validez convergente

La sensibilidad al cambio de la SCL-90-R se ha evaluado en respuesta a intervenciones psicoterapéuticas (18, 19), en este trabajo hemos comparado la sensibilidad al cambio de la subescala de depresión con la de otros instrumentos. Aunque el Inventario de Depresión de Beck tiende a emplearse con frecuencia como instrumento de autorreporte de depresión, probablemente la Lista sea una mejor opción como autorreporte, particularmente si va a emplearse en es-

tudios de intervención: la Lista es más sensible al cambio que el Inventario de Depresión de Beck.

Las correlaciones con los instrumentos tradicionalmente considerados como el estándar para la evaluación de depresión, la escala de Hamilton y la escala de Beck, nos indican que la subescala de depresión es adecuada para la medición de esta variable. Se observa que la correlación más elevada se dió con la subescala de depresión, tanto en la primera como en la segunda evaluación. El patrón de correlaciones indica que la subescala de depresión de la Lista, es válida para la medición de la depresión y que es posible diferenciar esta variable de otras de psicopatología.

En este punto es conveniente comentar las posibles ventajas de esta subescala sobre otras medidas de depresión. ¿Es conveniente la aplicación de los 13 reactivos de depresión cuando se intenta detectar pacientes con depresión? Los resultados descritos se obtuvieron con esta subescala respondida en el contexto de los 77 reactivos restantes. ¿Es posible que esto influya? No lo sabemos y sería necesario evaluar la subescala respondida de manera independiente.

Diferencias entre los grupos

El dato que apoya de manera más sólida la validez de las subescalas de la Lista lo constituyen las diferencias en el perfil que se observan entre los tres grupos.

Aunque la psicopatología de los pacientes con TMD no se ha estudiado en nuestro medio, hay acuerdo en la bibliografía internacional sobre la relación de este trastorno con ciertos síntomas de psicopatología. Kinney y cols. (8) evaluaron a 50 pacientes con TMD y encontraron, de acuerdo con el DSM III-R, que 84% de los pacientes presentaba algún trastorno como depresión, ansiedad, abuso de medicamentos y 40% presentaba trastornos de la personalidad. Estos resultados los reprodujeron Korszun y cols. (9) quienes documentaron en 72 pacientes con TMD, 53% de comorbilidad con depresión, de acuerdo con el DSM-IV, y 22% de pacientes con síntomas depresivos. Curran y cols. (3) documentaron a 23 pacientes con TMD con una puntuación promedio significativamente mayor en la evaluación de los sentimientos de ansiedad (23.83), tristeza (9.96) y culpabilidad (5.65) en relación con los sujetos control (19.35, 3.87 y 2.04) respectivamente, medidos según la Escala de Evaluación Emocional (*Emotion Assessment Scale*). Meldolesi y cols. (14) con un diseño muy similar al nuestro, compararon un grupo con TMD, uno de pacientes psiquiátricos externos y uno de controles sanos, por medio del Inventario de Personalidad de Minnesota y de la Escala de Ansiedad de Hamilton. Sus resultados son similares a los nuestros: a excepción de las subescalas K y Ma, en todas las demás, incluyendo el Hamilton, las puntuaciones más

elevadas fueron las de los pacientes psiquiátricos, las intermedias, las de los pacientes con TMD, y las más bajas las de los controles sanos. Las diferencias entre los pacientes con TMD y los controles fueron significativas en la hipocondriasis, la histeria y la depresión. Empleando la SCL-90R, Lee y Lee (12) encontraron que las puntuaciones más elevadas en su grupo de pacientes con TMD, se dieron en las subescalas de somatización y ansiedad, y en todas las subescalas las puntuaciones estuvieron dentro de un rango normal.

En nuestro estudio, las mujeres con TMD obtuvieron las puntuaciones más elevadas en las subescalas de somatización y depresión. Además, las puntuaciones en todas las subescalas fueron más elevadas que las de mujeres de la comunidad pero inferiores a las de pacientes deprimidas, lo que demuestra que el estado psicológico de las mujeres con TMD tiende a ser parecido al de las mujeres con diagnóstico psiquiátrico de depresión. En este punto es evidente la ventaja de la Lista como medición de un perfil, y no solamente como una evaluación de psicopatología general.

El análisis factorial

Diferentes autores han puesto en duda la validez factorial de las subescalas y se proponen emplear la escala como una de psicopatología general (11).

Sin embargo, esto eliminaría una de las ventajas de la SCL 90 que es la naturaleza multidimensional de dicho instrumento. Los autores que critican las subescalas de la Lista lo han hecho con base en los resultados de los análisis factoriales. Sin embargo, la incapacidad de reproducir los mismos factores en diferentes estudios, no invalida su existencia. Jay Gould (7) ha hecho notar los peligros de "cosificar" mediante el análisis factorial. Si bien el análisis factorial no hace "real" un constructo, la ausencia de una estructura factorial demostrada estadísticamente tampoco vuelve "irreales" a estas subescalas, que se desarrollaron a partir de la observación clínica.

Podemos concluir comentando que el SCL-90 es un instrumento útil para diferentes objetivos. Sirve para comparar el perfil de la psicopatología entre grupos y como instrumento de medición de cambio; es sensible a las intervenciones psicofarmacológicas; aunque el tamaño del efecto observado en la subescala de depresión es inferior al observado con la escala de Hamilton, es notablemente superior al que se observa con el Inventario de Depresión de Beck.

La Lista de 90 síntomas demostró tener las características psicométricas adecuadas para su uso: 1) como un instrumento de evaluación de perfil de psicopatología, 2) para la identificación de pacientes con depresión y 3) para la medición de la intensidad de la depresión.

Con estas características psicométricas es posible emplear la Lista tanto en estudios descriptivos como en estudios comparativos, incluso en los estudios de intervención.

REFERENCIAS

1. BONICATTO S, DEW MA, SORIA JJ, SEGHEZZO ME: Validity and reliability of Symptom Checklist'90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 32:332-338, 1997
2. BRODMAN K, ERDMANN AJ Jr., LORGE I, GERSHENSON CP, WOLFF HG: The Cornell Medical Index-Health Questionnaire. III. The evaluation of emotional disturbances. *J Clinical Psychology*, 8(2):119-24, 1952.
3. CURRAN S, CARLSON C, OKESON J: Emotional and physiologic responses to laboratory challenges: patients with temporomandibular disorders versus matched control subjects. *J Orofacial Pain*, 10:141-150, 1996
4. DEMYTTENAERE K, BRUFFAERTS R, POSADA-VILLAJ, GASQUETI, KOVESH V y cols.: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. *JAMA*, 291(21):2581-90, 2004.
5. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVI L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1):13-28, 1973.
6. DEROGATIS LR: *SCL-90R*. Administration, Scoring and Procedures Manual-I for the Revised Version. Baltimore, Johns Hopkins, 1977
7. GOULDSJ: *La Falsa Medida del Hombre*. Grijalbo Mondadori SA, Barcelona 1996
8. KINNEY R, GATCHEL R, ELLIS E, HOLT C: Mayor psychological disorders in chronic TMD. Patients: implications for successful management. *J Am Dent Assoc*, 10:49-54, 1992.
9. KORSZUN A, HINDERSTEIN B, WONG M, ARBOR A: Comorbidity of depression with chronic facial pain and temporomandibular disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 82:496-500, 1996.
10. LARA MA, NAVARRO C, MONDRAGON L, RUBI NA, LARA MC: Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en primer nivel de atención. *Salud Mental*, 25(6):13-20, 2002.
11. MARTINEZ-AZUMENDI O, FERNANDEZ-GOMEZ C, BEITIA-FERNANDEZ M: Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria. *Actas Esp Psiquiatr*, 29(2):95-102, 2001.
12. LEE YO, LEE SW: A study of the emotional characteristics of temporomandibular disorder patients using SCL-90-R. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain*, 3:25-34, 1989.
13. MEDINA-MORA ME, BORGES G, LARA MC, BENJET C, BLANCO J, FLEIZ C y cols.: Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16, 2003.
14. MELDOLESI G, PICARDI A, ACCIVILE E, TORALDO DI y cols.: Personality and psychopathology in patients with temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome. A controlled investigation. *Psychotherapy Psychosomatics*, 69(6):322-8, 2000.
15. NUNNALLYJC: *Teoría psicométrica*. Editorial Trillas, México, 1991.
16. PARLOFF MB, KELMAN HC, FRANK JD: Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American J Psychiatry*, 111(5):343-52, 1954.
17. PEVELER RC FAIRBURN CG: Measurement of neurotic symptoms by self-report questionnaire: validity of the SCL-90R. *Psychological Medicine*, 20:873-879, 1990.
18. SCHAUBENBURG H, STRACK M: Measuring Psychotherapeutic Change with the Symptom Checklist SCL-90-R. *Psychother Psychosom*, 68:199-206, 1999.
19. SCHMITZN, HARTKAMP N: Assessing clinically significant change: application to the SCL-90R. *Psychological Reports*, 86: 263-274, 2000.
20. SCHWARTZ L: Pain associated with the temporomandibular joint. *J Am Dent Assoc*, 51:394-97, 1955.