

¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica

Ma. del Carmen Lara-Muñoz*,**
Héctor Ortega-Soto** ,***

Summary

Clinimetrics, as Feinstein has pointed out, has developed empirically. The items of clinimetric indexes or clinical scales are selected intuitively after interviewing the patients. We have defined what to measure means and what we mean by "variable" "scale" or "index". We review how the scales were developed and how these can reach validity and reliability. There are some differences between psychometrics and clinimetrics, and it is important to be aware of the differences because psychiatrists are more familiar with psychometrics. There are several levels of measurement. The clinical diagnosis is a kind of measurement called nominal or categorical. The symptomatic are ordinal scales which evaluate psychosis, depression, anxiety, cognitive disturbances, abnormal movements and the quality of life, which is being widely studied. In our country, several methodological studies have been made with these scales. We have evaluated the validity and replicability of several of the scales employed throughout the world.

Resumen

La clinimetría, a diferencia de la psicometría, tiene una base estrictamente empírica. Los índices clinimétricos se han desarrollado a partir de la observación y de la entrevista con pacientes. En este artículo, después de algunas definiciones fundamentales, se revisan los principales índices clinimétricos en psiquiatría. A estos índices también se les han llamado "escalas de evaluación" y evalúan los síntomas de psicosis, de depresión, de ansiedad, de deterioro cognoscitivo, los movimientos anormales y las variables como la calidad de vida, que actualmente se investiga de manera intensa. Se resumen los estudios metodológicos que se han realizado con estas escalas en nuestro país.

Introducción

Menciona Feinstein, "como el burgués de Molière que descubrió asombrado que hablaba en prosa, los pacientes y los médicos no se dan cuenta que constantemente se comunican con índices clinimétricos" (7).

La clinimetría hace referencia a la medición de fenómenos clínicos, por lo que la primera pregunta que surge es ¿se pueden medir los sucesos clínicos?

Cuando se ingresa a la carrera de medicina es frecuente escuchar comentarios en torno a la dificultad que tienen algunos estudiantes con los números, situación que no excluye a los psiquiatras. Cuando se habla de "medir" o de "cuantificar" se piensa en un proceso estrictamente relacionado con los números y por lo tanto, deshumanizado. Sin embargo, aunque en diferentes niveles, cuando entrevistamos a un paciente y decidimos que tiene o no una enfermedad, estamos midiendo una condición.

Medir es asignar un valor a objetos o sucesos de acuerdo con ciertas reglas. Estos objetos o sucesos se designan como "variables".

Una variable es una clase de datos, una propiedad observada o cualquier característica que nos interese medir u observar. En la clínica, los síntomas, los signos, los antecedentes de los pacientes, son "variables".

Una escala es el conjunto de categorías que definen a una variable. Es frecuente que asociemos el término escala con las diferencias en intensidad, así, no es difícil entender como una escala la clasificación de los episodios depresivos mayores en leves, moderados y severos. Es más difícil hacerlo con la clasificación de la esquizofrenia en paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada o residual, pero también ésta constituye una escala.

Una categoría es una de las diferentes formas de expresión que la variable puede adoptar. En los ejemplos mencionados "leve" es una expresión de la variable "depresión"; "catatónica" es una categoría de esquizofrenia.

Existen diferentes niveles en la expresión de las escalas y es común identificar a las variables de acuerdo a su escala de medición.

El nivel de medición más sencillo es el que implica mencionar la pertenencia de un sujeto a una categoría. Tal nivel de medición o de atributo (categórico o nominal), no establece relaciones jerárquicas entre las categorías. Las variables se describen con frecuencias relativas. Cuando se diagnostica se está categorizando, sin darse cuenta que esto ya es medir. Un ejemplo de dicho tipo de medición es la religión, el sujeto puede ser: católico, protestante, o carecer de religión. La Clasificación Internacional de Enfermedades en su 10a. revisión (CIE-10) es una escala nominal o categórica que está constituida por un conjunto de "categorías diagnósticas": un sujeto es esquizofrénico

* Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

** Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.

*** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
Solicitud de sobretiros: Ma. del Carmen Lara-Muñoz. 5 Sur 2702-B, 72420, Puebla, Pue.

co, o tiene un episodio maniaco, o una depresión mayor o un cuadro demencial. La forma más sencilla de categorizar es determinando si una persona tiene o no, una característica. Este nivel de medición se llama dicotómico o existencial (existe o no la característica): el sujeto fuma o no fuma, tiene una depresión mayor o no la tiene, tiene un trastorno de personalidad o no lo presenta.

El siguiente nivel de medición es el ordinal; aquí, las categorías tienen entre sí una relación jerárquica —en la escala el atributo se posee con mayor o menor magnitud— pero se desconoce la relación exacta que separa una categoría de la otra. Un ejemplo de esto es la apreciación que se hace acerca de la intensidad o gravedad de un síntoma o cuadro clínico cuando se expresa como leve, moderado o severo. Otro ejemplo, es la clasificación del retraso mental en leve, moderado, grave y profundo.

Finalmente, el nivel de medición más fino es el dimensional. En estas escalas, la relación entre las categorías (o valores) es constante y se pueden hacer todas las operaciones aritméticas. Se llaman "de razón" cuando tienen cero absoluto; se llaman "de intervalo" cuando el cero no es absoluto sino arbitrario (por ejemplo, la talla o la edad ya que nadie puede tener 0 de estatura ni de edad). Una escala dimensional es "continua" cuando puede tener valores fraccionarios, o "discontinua o discreta" si no los tiene (número de hijos o número de ojos). Este nivel de medición resulta atractivo desde el punto de vista estadístico; sin embargo, es claro que en la clínica no se cumple uno de los supuestos fundamentales para considerar una medición como dimensional: la relación entre las categorías o puntuaciones no es constante. No podemos asegurar que la diferencia en la intensidad de la depresión de un paciente que disminuyó de 25 a 20 puntos en la Escala de Hamilton, sea exactamente igual a la del paciente que disminuyó de 15 a 10 puntos (aunque en ambos la disminución fue de 5 puntos).

Desarrollo y evaluación de las escalas de medición

Cuando se definen las categorías con las que se identifica una variable estamos desarrollando una escala o instrumento de medición. Estas escalas, o instrumentos de medición, deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad. Validez significa que el instrumento mide lo que se quiere medir. Asumimos que una escala de depresión mide la depresión y que una escala de ansiedad mide ansiedad.

Existen varios tipos de validez. Así, la validez de contenido se establece por el consenso de los expertos. La Escala para Depresión de Hamilton tiene validez de contenido ya que hay consenso acerca de que los síntomas evaluados corresponden a la variable "depresión".

La validez de criterio externo se establece al comparar una escala con un "estándar de oro" o "patrón incuestionable". Los resultados de los estudios anatomopatológicos, de laboratorio, de gabinete, son los estándares de oro más empleados. En psiquiatría,

como aún carecemos de criterios externos que puedan considerarse como "estándares de oro" es frecuente, que se considere a una confiabilidad adecuada como un criterio de validez. Los criterios que suelen emplearse para determinar la validez de una categoría diagnóstica en psiquiatría son: el curso, el desenlace, la respuesta a tratamiento, el patrón familiar y algunas mediciones biológicas (19). Recientemente se han incorporado al conjunto de métodos para establecer la validez de un diagnóstico, técnicas estadísticas como el análisis de estructura latente (6).

En la psiquiatría, como una especialidad clínica de la medicina, se han desarrollado escalas o índices clinimétricos. Sin embargo, ha surgido cierta confusión debido a la relación de la psiquiatría con la psicología, esta última terreno de la psicometría.

Feinstein analiza las diferencias entre las aproximaciones psicométricas y las clinimétricas. Los índices "psicométricamente" puros son de poca utilidad, pues se confunde lo psicométrico y lo estadístico.

El desarrollo de los índices o las escalas clinimétricas se ha complicado por la tendencia común a emplear métodos estadísticos o psicométricos para el manejo de las variables clínicas. Más adelante nos referiremos con mayor detalle a estos métodos no clínicos, a los llamados "datos duros", así como al enfoque psicométrico.

Algunos otros métodos para el manejo de los datos clínicos se deriva de los ensayos clínicos controlados, del teorema de Bayes, del análisis de decisiones y de los enfoques econométricos, como el análisis costo-beneficio, el de costo eficacia, etc. (8). Estos métodos son útiles para estudios de la asignación de recursos, pero son poco útiles en la práctica clínica.

La condición de "doble ciego" de los ensayos clínicos controlados, hizo que las evaluaciones de severidad de la sintomatología, fueran aceptables como *leve*, *moderada* o *intensa*, y que pudieran analizarse con técnicas estadísticas. Esto propició el desarrollo de la estadística no paramétrica. Con la técnica del "doble ciego" se cumplió una condición imprescindible del modelo estadístico: la comparación no sesgada. Si los resultados eran controvertidos se hacía un análisis estadístico más sofisticado, como el análisis de las co-variables. Sin embargo, si las variables clínicas no se habían registrado por carecerse de métodos para evaluarlas, estas variables nunca se incluían en el análisis y el problema fundamental, la evaluación clínica, continuaba sin resolverse.

El Teorema de Bayes es una expresión algebraica para convertir los índices de sensibilidad y especificidad, junto con un valor estimado de la prevalencia de la enfermedad, en las expresiones clínicas deseadas para la precisión diagnóstica. Aunque este modelo es atractivo desde el punto de vista matemático, no lo es desde el punto de vista clínico, porque no considera a las variables clínicas que influyen en que la enfermedad se presente con un espectro amplio. Se han empezado a utilizar otros modelos matemáticos como los análisis de regresión múltiple, que incluyen diferentes variables, obteniendo, así, una puntuación probabilística que resulta de la combinación ponderada de variables. Es factible que esto resuelva el problema es-

tadístico del efecto del espectro clínico, pero sigue sin tomarse en cuenta la manera en que todo influye en el pronóstico y en las tomas de decisiones médicas.

El análisis cuantitativo de decisiones es un procedimiento complicado en el que se combinan las probabilidades de ocurrencia de un suceso. Puede ser aplicado a poblaciones, con la finalidad de asignar recursos, sin embargo no proporciona información para la atención individual de un paciente.

Psicometría vs clinimetría

Feinstein resume las diferencias entre la psicometría y la clinimetría y los problemas de la psicometría cuando se aplica este enfoque a los fenómenos clínicos. La diferencia fundamental entre ambos métodos de medición radica en el modo en que se seleccionan los reactivos al incluirse en un índice o escala. La psicometría con frecuencia evalúa los constructos teóricos; por ejemplo, se asume que las conductas o las opiniones que una persona emite en relación a "la enfermedad mental", corresponden a una característica subyacente que se denomina "actitud hacia la enfermedad mental". Lo mismo sucede con otras características que se incluyen en las evaluaciones de la personalidad. A partir de una construcción teórica (o concepto) se identifican las características relacionadas y se desarrolla el índice o la escala. Es una construcción teórica: no hay forma de comprobar la "actitud hacia la enfermedad mental". Feinstein llama a este método de seleccionar reactivos para incluir en una escala, "selección analítica" (21).

La clinimetría es un campo desarrollado empíricamente. Cuando el médico interactúa con un paciente, primero identifica las características sobre las que intenta incidir como médico: el paciente acudió con alguna molestia y el objetivo de la consulta es que ésta desaparezca, por lo que hace un diagnóstico y da un tratamiento. Si queremos desarrollar un índice que evalúe las molestias del paciente, esto se hará disecando y definiendo cuidadosamente las quejas del paciente. Este proceso intuitivo es el que se emplea para el desarrollo de cualquiera de los índices clinimétricos: síntomas, efectos secundarios de medicamentos, funcionamiento físico y, últimamente, calidad de vida.

Además del método para el desarrollo de los índices, hay otras diferencias entre clinimetría y psicometría:

–Las escalas psicométricas son inventarios con una gran cantidad de reactivos que posiblemente no incluyan el que sea el objetivo del tratamiento, y por lo tanto, sea el más importante de evaluar.

–Los métodos que se utilizan para indicar la eficacia de los instrumentos de medición en psicometría, como son los diferentes tipos de validez (de construcción, convergente, etc.), de confiabilidad (Cronbach, etc), no evalúan la característica esencial en la práctica clínica: la sensibilidad (7). Así, algunos instrumentos pueden tener excelentes indicadores de "validez" y "confiabilidad", sin embargo cuando éstos se utilizan en ámbitos clínicos resultan poco útiles.

–En psicometría rara vez se desarrollan instrumentos para evaluar cambios, usualmente se miden con-

diciones consideradas estables. Clínicamente resultan de mayor utilidad los índices de transición.

–Finalmente, rara vez se permite referir o se pregunta a los pacientes sobre su estado de salud o calidad de vida, o cómo evalúan su condición actual. Es por esto que aunque la "calidad de vida" pareciera ser un constructo teórico, a desarrollarse en el campo de la psicometría, se ha desarrollado dentro de la clínica.

Como sucede con otros modelos, el empleo del modelo psicométrico en la clínica no siempre da buenos resultados.

Índices clinimétricos

Como se mencionó, los índices clinimétricos se desarrollan de manera intuitiva; habitualmente, los clínicos saben que cuando tratan a un paciente esperan su "mejoría". Sin embargo, cuando intentan explicar en qué consiste esta mejoría, pueden tener dificultades. La sensibilidad, definida como la capacidad de un instrumento para identificar correctamente al paciente que tiene el suceso de interés, debe ser la característica fundamental de los índices clinimétricos.

Para la construcción de los índices psicométricos existe toda una teoría con principios, fórmulas y cálculos matemáticos para determinar la confiabilidad (reproducibilidad) y la validez (exactitud) de los mismos; en la investigación clínica no se han especificado suficientemente los principios para el desarrollo y la evaluación de la sensibilidad de los instrumentos clinimétricos.

Feinstein define qué es la sensibilidad en clinimetría y especifica las características que se incluyen en ésta. Define a la sensibilidad como "el sentido común ilustrado", que es una mezcla de sentido común más un conocimiento razonable de clínica y de patofisiología (7). La sensibilidad se refiere a las siguientes características:

- 1) Cualquier índice clinimétrico debe tener un propósito y una justificación. Debe definirse la función clínica: describir el estado de un paciente, indicar si se ha presentado un cambio en este estado, estimar un pronóstico, ser una guía en el tratamiento. Debe tener una aplicación evidente. Por ejemplo, una escala que requiera para su calificación del resultado de una prueba que no se realiza rutinariamente, no puede emplearse en la práctica clínica cotidiana y probablemente sólo sea útil en las actividades de investigación.
- 2) El formato del índice debe comprenderse fácilmente. Las características que hacen comprensible un índice son: la simplicidad, la inclusión de un número limitado de variables y de categorías en las variables, la reproducibilidad (si hay instrucciones precisas sobre la forma en la que opera el índice) y por último, si son adecuadas las expresiones finales de la escala. El número de variables de las escalas que se emplean con mayor frecuencia en psiquiatría es limitado y las opciones de respuesta fluctúan alrededor de cuatro.
- 3) La "validez de apariencia" puede determinarse únicamente con sentido común. Debe tenerse en

cuenta que la información se busca en una interacción personal y debe aclararse que lo que se buscan son los atributos de la persona y no sus creencias. Es necesario estar seguros de la adecuada colaboración de la persona a la que se aplica el índice. No es raro que cuando se aplican escalas diseñadas para autoaplicarse, nos enfrentemos al problema de que los sujetos tienen dificultades para la lectura y/o la comprensión. Otro aspecto importante, al que nos referiremos con más detalle en el siguiente apartado, es la selección de la evidencia básica y la coherencia de los componentes incluidos en la escala.

- 4) La "validez de contenido" es una evaluación cualitativa de qué tan apropiada es, o no, la selección e incorporación de las variables en una escala. Para que pueda considerarse válido un índice, no se deben omitir las variables importantes, tampoco se deben incluir las variables que no sean pertinentes, deben ponderarse las variables, etc.

Nos extenderemos un poco en lo que se refiere a la selección de las variables que se incluyen en las escalas de evaluación clínica. Comúnmente, se tiende a sustituir a las variables que son clínicamente relevantes (pero consideradas 'blandas') por variables "duras". Sin embargo, ya Feinstein se ha referido a la "falacia" de los datos duros. Las supuestas características de éstos: objetividad, preservabilidad, dimensionalidad, no siempre están presentes. No es raro que una placa radiográfica (¿dato duro?) sea interpretada de formas diferentes o que el resultado de un estudio de laboratorio no sea corroborado. Justamente, esta última característica, el que sea reproducido, es lo que hace que una medición pueda ser "dura".

Los datos duros son mediciones objetivas, preferentemente hechas por una máquina, que se expresan en escalas dimensionales como longitud, peso, volumen o tiempo. También son datos duros los acontecimientos inequívocos (nacimiento, muerte). Además de ser confiables, estos datos duros tienen la ventaja de que pueden ser tratados matemáticamente. Sin embargo, tienen una desventaja importante, con frecuencia son tangenciales al objetivo deseado. Por ejemplo, si en un estudio sobre la ansiedad sustituimos a la experiencia subjetiva por la respuesta galvánica de la piel o el diámetro de la pupila, probablemente podamos realizar elegantes cálculos estadísticos; sin embargo, habremos perdido la información más relevante para la práctica clínica. No hay que olvidar que con frecuencia, lo que lleva al paciente a la consulta es la manifestación subjetiva de la enfermedad. Hemos visto pacientes con signos evidentes de enfermedad: tumores, hemorragias transvaginales intensas y que no acudieron a consulta sino cuando presentaron un síntoma: dolor. En el caso de la psiquiatría, usualmente lo que lleva al paciente a consulta es un síntoma (ansiedad, depresión) o es llevado por otros a causa de su conducta.

Por la necesidad de probar la utilidad de las intervenciones, principalmente farmacológicas, que intentaban modificar condiciones como la ansie-

dad, el dolor, la depresión, el insomnio, se ha propiciado el uso de los datos tradicionalmente considerados "blandos".

- 5) Finalmente, una característica imprescindible que deben poseer los índices clinimétricos es la facilidad para su empleo; es obvio que si un índice consume gran cantidad de tiempo en su aplicación o calificación o si solamente puede ser aplicado por investigadores con una preparación excesivamente especializada, la posibilidad de empleo es muy limitada.

La medición en psiquiatría

En el campo de estudio de la psiquiatría se ubica a los trastornos mentales. Hasta hace un tiempo el acuerdo en cuanto al diagnóstico de éstos era pobre. Esto no es raro dada la diversidad de clasificaciones de las enfermedades mentales. Algunas fuentes de variabilidad son las siguientes:

- 1) La falta de criterios diagnósticos compartidos por la mayoría de los psiquiatras: variabilidad en el sistema de diagnóstico empleado.
- 2) Los criterios no definidos de manera objetiva. Falta de una definición operacional de los criterios.
- 3) Las características propias de los psiquiatras: estilos de entrevistar, no preguntan lo mismo, desconocimiento de los sistemas de clasificación en psiquiatría.

Estas condiciones dan como resultado, una gran variabilidad tanto en la información obtenida como en la interpretación de la información.

En los últimos años la aparición de sistemas de clasificación de uso amplio, como la CIE-10 o el DSM-III (y las modificaciones subsecuentes DSM-III-R y DSM-IV), han estimulado el desarrollo de las formas de medición clínica, con métodos diferentes a los empleados por la psicometría.

Clasificaremos en dos grandes grupos a los métodos de evaluación que se emplean en psiquiatría. El primer grupo lo abordaremos muy brevemente, corresponde al nivel de medición categórico, es decir, el diagnóstico psiquiátrico. A continuación, mencionaremos algunos de los instrumentos con mediciones de nivel ordinal y que corresponden propiamente a las escalas o índices clínicos.

Mediciones categóricas

El diagnóstico psiquiátrico

Diagnosticar es asignar a un paciente a una "categoría diagnóstica". El nivel de la medición es entonces categórico o nominal.

En la actualidad, los sistemas diagnósticos más empleados en psiquiatría son la Clasificación Internacional de Enfermedades (10a. revisión) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (IV edición). En estos sistemas, cada categoría es definida por los criterios diagnósticos específicos, por ejemplo,

las "reglas" que ubican al paciente en la categoría de "esquizofrenia", están claramente definidas.

Para disminuir la variabilidad de la información obtenida, se desarrollaron las entrevistas estructuradas. En éstas, las reglas que ubican al paciente en una categoría diagnóstica, pueden seguirse de manera fija. Con estos instrumentos, se elimina la variabilidad en la información que tendrá el psiquiatra para hacer su diagnóstico.

Las entrevistas estructuradas que se recomiendan son las que permiten diagnósticos de los sistemas más empleados. Los diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, pueden hacerse con el PSE-10 SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*). En nuestro país se tiene experiencia con la primera versión (PSE), habiéndose descrito como un instrumento con validez concurrente, de construcción y "descriptiva" (5).

La entrevista estructurada para el sistema diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III, DSM-III-R), es el SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III, III-R*). Esta entrevista se usó en el estudio de las crisis de angustia que se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (12). Tanto el SCAN como el SCID son entrevistas que requieren de entrenamiento para su aplicación en la psiquiatría clínica.

La entrevista para el diagnóstico (*Diagnostic Interview Schedule, DIS*) puede ser aplicada por entrevistadores sin entrenamiento formal en psiquiatría.

La entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg se emplea en estudios de diagnóstico en comunidades. Incluye las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades (versión 8). En nuestro país se empleó para comparar los criterios diagnósticos: DSM-III, Catego e ICD-8 (5).

Otras entrevistas estructuradas son el *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)* y la *Composite Interview Diagnostic (CID)*. Esta última permite realizar diagnósticos de la CIE.

También se han desarrollado entrevistas para el diagnóstico de los niños.

Mediciones ordinales

Los índices clinimétricos en psiquiatría

En este grupo se incluyen las "escalas", que pueden tener dos objetivos: identificar a un paciente en una categoría o medir un determinado atributo o características. Es una manera de obtener información en condiciones constantes.

Las escalas de evaluación pueden clasificarse desde diferentes puntos de vista, dependiendo de: 1) las variables que miden, 2) la forma de aplicación, 3) el tipo de respuesta.

Las variables clínicas que se evalúan en psiquiatría son diversas; desde una apreciación global del estado del paciente, hasta su "calidad de vida", pasando por todas las manifestaciones de psicopatología que pueda presentar (depresión, ansiedad, manía, deterioro cognoscitivo, etc). Dependiendo de la variable que evalúan, pueden clasificarse en tres grandes grupos: escalas globales, escalas de síntomas y escalas de

estado de salud o calidad de vida. Hay otro tipo de evaluaciones cuyo desarrollo no derivó directamente de la clínica, por lo que no serán abordadas.

De acuerdo a su forma de aplicación, los instrumentos de evaluación pueden ser autoaplicables (escala de depresión de Zung) o calificados por un observador (escala de depresión de Hamilton).

De acuerdo al tipo de respuesta, pueden ser escalas análogas visuales o escalas tipo *likert*. Es importante señalar que las puntuaciones obtenidas por las escalas de medición, son valores ordenados y no son verdaderos valores numéricos que puedan expresarse en escalas de intervalo o de razón. Además, la distribución en los valores de estas escalas no es siempre normal, por lo que no pueden emplearse las técnicas de estadística inferencial que asuman una distribución normal.

Hemos agrupado a las escalas de acuerdo al fenómeno que evalúan. Mencionaremos algunas de las que se usan con mayor frecuencia en la práctica clínica. Describiremos con más detalles aquellas que se han empleado en nuestro país.

Escalas globales

La Escala de Impresión Clínica Global (CGI, *Clinical Global Impressions*) permite una evaluación rápida, del estado general del paciente.

La Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning Scale*), GAF evalúa el funcionamiento psicológico, social y ocupacional en una escala del 1 al 10 (peligro persistente de dañarse a sí mismo o a los demás, etc), hasta llegar a 100 (funcionamiento superior en una amplia gama de actividades, sin síntomas, etc). Esta se incluye en el DSM-III-R.

Escalas de síntomas

Escalas de psicopatología general

Los más conocidos son el SCL-90 (*Symptom Check List*) y el Cuestionario General de Salud (GHQ).

El Cuestionario General de Salud de Goldberg es un instrumento autoaplicable, empleado para detectar pacientes con alteraciones mentales y que ameritan tratamiento. Permite valorar la intensidad de psicopatología en el momento en el que es aplicado. Consta de 60 reactivos.

En México se han realizado estudios para determinar la validez y la confiabilidad de este cuestionario, comparándolo con la entrevista psiquiátrica estandarizada. En pacientes que asistían a consulta de primer nivel de atención (centro de salud) con un punto de corte de 8/9, se encontró que la sensibilidad fue de 78.7 %, la especificidad de 77.1 % y la validez predictiva positiva de 78 % (18).

Con una versión breve, también se han obtenido resultados similares en cuanto a sensibilidad y especificidad a los de la versión original (14). Las áreas que evalúa el cuestionario son: síntomas somáticos (anergia, cefalea, sensación de estar enfermo), trastornos del sueño (insomnio, pesadillas), inadecuación

social (autopercepción, sentimientos de autodevaluación, relaciones interpersonales), ansiedad (temores irracionales hacia el medio, preocupaciones e inseguridad) y depresión e ideas suicidas.

Síntomas psicóticos

La escala breve de apreciación psiquiátrica (*Brief Psychiatric Rating Scale*, BPRS), (17) es un instrumento que evalúa varios síntomas de los trastornos mentales, pero, principalmente síntomas psicóticos. Consta de 18 apartados que miden: psicopatología general como agitación, ansiedad, depresión; síntomas psicóticos positivos como alucinaciones e ideas delirantes (hipocondriacas, de persecución, de grandeza); síntomas negativos como aislamiento emocional y retardo psicomotor; y alteraciones del comportamiento como la conducta catatónica y los movimientos estereotipados. Algunos reportes (10) mencionan al menos 4 factores en la escala: uno general, otro de síntomas positivos, uno de síntomas afectivos y el conductual. La primera versión, de Overall, considera 7 grados de severidad (desde 1, ausente, hasta 7, extremadamente severo), aunque no cuenta con criterios operacionales para la definición de síntomas y grados de severidad. Bech y Rafaelsen (3) propusieron una segunda versión con 5 grados de severidad en la que superan las deficiencias de la anterior; esto es, cuenta con un manual para su aplicación que incluye la definición, clara y concisa de cada síntoma evaluado y sus respectivos grados de severidad. De la primera existen varias versiones traducidas al español en México, hasta donde sabemos, no hay estudios de reproducibilidad. Con respecto a la segunda, estudios preliminares realizados en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ortega-Soto y cols., datos no publicados) tiene una reproducibilidad satisfactoria cuando es aplicada por psiquiatras entrenados (coeficiente de correlación intraclass: 0.77).

La escala de síndromes positivo y negativo de la esquizofrenia (*Positive and Negative Syndrome for Schizophrenia*, PANSS) (9), es una de las varias escalas que han surgido recientemente para evaluar con mayor precisión los síntomas de la esquizofrenia. Como lo indica su nombre evalúa tanto los síntomas positivos (ideas de persecución y de grandeza, delirios, alucinaciones y desorganización conceptual), como los negativos (distancia emocional, pensamiento estereotipado, dificultad para la conversación fluida, afecto aplanado y empatía). Además, tiene una escala de psicopatología general que incluye desde la preocupación somática hasta la conciencia de enfermedad. Son en total 16 apartados. Cada apartado es calificado con grados de severidad que van del 1 (ausente) al 7 (extremadamente severo). Como sucede con muchos de los instrumentos elaborados recientemente, incluye un manual de aplicación que contiene preguntas sugeridas para explorar cada síntoma y una definición operativa de los síntomas y sus respectivos grados de severidad. Todos los apartados del BPRS están contenidos en la escala por lo que al aplicarse pueden obtenerse las calificaciones de ambos instrumentos.

El análisis factorial de una de las traducciones al español que se utilizan en México (Ortega-Soto HA y cols. 1995, datos no publicados) confirma la existencia de los factores "síntomas positivos" y "síntomas negativos", pero no el factor de psicopatología general.

Otra ventaja de la escala es que de acuerdo a la puntuación en cada una de las subescalas y el número de síntomas con una severidad clínicamente significativa, permite clasificar al paciente en una de tres categorías: síndrome predominantemente positivo, síndrome predominantemente negativo o mixto.

Existen otras escalas como la publicada por Andreasen y cols. (1982) que evalúan síntomas negativos (SANS) (1).

Depresión

Estas escalas de evaluación están formadas por un grupo de variables clínicas operacionalmente definidas cuya suma indica la intensidad de varios aspectos de los trastornos afectivos.

Pueden ser calificadas por el observador (escala de Hamilton) o pueden ser escalas autoaplicables (inventario de depresión de Beck, escala de Zung).

En nuestro país, se han utilizado las escalas de Hamilton, el inventario de depresión de Beck, la escala de Zung y la escala de Carroll.

Se han realizado estudios metodológicos con la escala de Carroll y la de Beck.

La escala de Hamilton, como ya se mencionó, es calificada por el observador y requiere entrenamiento en psiquiatría clínica. Es la más empleada en los ensayos clínicos.

La escala de Carroll es un instrumento autoaplicable que se diseñó siguiendo el modelo de la escala de depresión de Hamilton. Con 52 reactivos evalúa los mismos síntomas que la versión de 17 reactivos de la escala de Hamilton. La correlación entre ambos instrumentos es de .77 en la versión en español y .80 en la versión original. La confiabilidad prueba-contraprueba fue de 72 % y la consistencia interna de .85 (alfa de Cronbach) (4).

La escala de depresión de Beck es un instrumento autoaplicable de 21 reactivos que identifican síntomas de depresión; 14 reactivos se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y 7 a síntomas vegetativos y somáticos. En pacientes psiquiátricos, la validez y la confiabilidad son adecuadas por lo que resulta útil.

De las escalas de depresión, ésta y la de Zung son las que tienen menos reactivos para evaluar síntomas somáticos, por lo que pueden emplearse para evaluar a pacientes médicamente enfermos. Hay en nuestro país experiencia con una versión en español de esta escala aplicada a pacientes con cardiopatías. El análisis de las "características del receptor", indicó que el mejor punto de corte era de 14 puntos, lo que determinaba una sensibilidad y especificidad de 86 %. La confiabilidad prueba-contraprueba fue de .77 (coeficiente de correlación intraclass), con una prevalencia para depresión de aproximadamente el 30 % (22 pacientes de 69 entrevistados) (20).

Aunque desde hace tiempo ha llamado la atención la aparición de síntomas depresivos en los pacientes

esquizofrénicos, se carecía de un instrumento diseñado especialmente para evaluar esta condición particular. Recientemente se ha propuesto una escala con estas características, que intenta evitar la confusión entre síntomas negativos, síntomas extrapiramidales y síntomas afectivos. Comprende 9 apartados, 8 de ellos se refieren a la evaluación de los síntomas a partir de la evaluación del contenido verbal de la entrevista, y el noveno a la observación del clínico. La traducción al español (16) se comporta en la forma esperada, muestra una correlación pobre con la subescala de síntomas negativos del PANSS y con la subescala de Parkinsonismo de DiMascio, pero una correlación alta con el inventario para depresión de Beck y la escala para depresión de Hamilton.

Ansiedad

La escala de ansiedad de Hamilton es calificada por el entrevistador. Tiene 14 reactivos que evalúan diferentes síntomas de la ansiedad con una intensidad de 0 a 4. La reproductibilidad (confiabilidad interobservador) de la versión en español, en nuestro medio, ha sido documentada. El acuerdo mayor, hasta 97 % se alcanza en los reactivos que se definen más objetivamente como el insomnio y los síntomas somáticos. Los acuerdos elevados se obtienen en pacientes con las mayores calificaciones totales (11).

Una forma para evaluar la validez de constructo de una escala, es estableciendo las diferencias entre grupos que se supone son diferentes. La escala de ansiedad de Hamilton diferencia entre ansiedad generalizada y la crisis de angustia, lo que es un indicador de su validez de construcción. Su congruencia interna es notablemente mayor con los pacientes con crisis de angustia (coeficiente de confiabilidad .84) que en pacientes con ansiedad generalizada (coeficiente de confiabilidad .18) (12).

Disfunciones cognoscitivas

El examen cognoscitivo breve (*Mini-mental State Examination*) detecta alteraciones cognoscitivas, es breve y fácil de usar. Consta de once preguntas y se aplica en 5 a 10 min. Evalúa: orientación (tiempo, lugar y espacio), memoria a corto plazo, concentración, lenguaje y escritura, ejecución. La puntuación máxima posible es de 30 puntos. En los informes originales una puntuación por debajo de 23 puntos sugieren una alteración de la función cognoscitiva. En la versión que se ha empleado en nuestro país se ha obtenido un índice de confiabilidad prueba-contraprueba de 0.90. El análisis de "características del receptor", com-

parando este instrumento con una entrevista semiestructurada para *delirium*, estableció que el mejor punto de corte era de 16 puntos con una sensibilidad del 86 %, y una especificidad del 95 % en una población de pacientes psiquiátricos con una prevalencia de 36 % de *delirium* (2).

Movimientos anormales

En los últimos años se ha incrementado el interés por la evaluación de los efectos secundarios de los neurolepticos, en especial de los movimientos anormales.

Las que se han empleado con más frecuencia son la escala de Simpson-Angus y la escala de DiMascio. La primera evalúa el síndrome parkinsoniano y la segunda el síndrome parkinsoniano, la acatisia y la distonia.

En nuestro país se ha desarrollado una versión modificada de la Simpson-Angus, a la que se le agregaron reactivos para evaluar aquinesia y acatisia, y ambos instrumentos han sido evaluados metodológicamente. La correlación entre ambas escalas fue de 0.6.

La reproductibilidad interobservador evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase fue de 0.5 a 0.79 para la escala de DiMascio. La reproductibilidad interobservador evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase fue 0.24 a 0.86 para la escala de Simpson-Angus. Se obtuvo evidencia de la validez de la escala de DiMascio, ya que se observaron diferencias en las puntuaciones de pacientes tratados con haloperidol y aquellos tratados con carbamacepina (15).

Calidad de vida

Como se mencionó anteriormente, aunque el concepto de calidad de vida pareciera más bien teórico, y por lo tanto, correspondiente más bien al campo de la psicometría, el desarrollo de instrumentos para la medición de esta variable se ha dado fundamentalmente en el campo de la medicina.

La medición de esta variable se ha enfatizado en el terreno tanto de las enfermedades crónicas, por su obvio impacto en la vida del paciente, como en el caso de la evaluación de tratamientos empleados más que para la curación, para el control de las enfermedades y que además, generan importantes efectos colaterales. En este caso se encuentran, por ejemplo, los antihipertensivos, los medicamentos antineoplásicos, y por supuesto, los psicofármacos.

Para una revisión extensa de la conceptualización y la medición de la calidad de vida, consultar la referencia 13.

REFERENCIAS

1. ANDREASEN N C: Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 784-788, 1990.
2. BECERRA B, ORTEGA-SOTO H A, TORNER C: Validez y reproducibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-mental State Examination) en una unidad de cuidados especiales de un hospital psiquiátrico. *Salud Mental*, 15 (4):41-45, 1992.
3. BECH P, KASTRUP M, RAFAELSEN O J: Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatr Scand*, 73(suppl 326):1-37, 1986.

4. BERLANGA C, CORTES J, BAUER J: Adaptación y validación de la escala de depresión de Carroll en español. *Salud Mental*, 15(4):36-39, 1992.
5. CARAVEO J, LOPEZ S, GONZALEZ-FORTEZA C: La importancia de los sistemas diagnósticos: experiencia obtenida utilizando el sistema PSE-Catego en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 11(2):20-29, 1988.
6. FARAONE S V, TSUANG M T: Measuring diagnostic accuracy in the absence of a gold standard. *Am J Psychiatry*, 151:650-657, 1994.
7. FEINSTEIN A R: *Clinimetrics*. Yale University Press, New Haven, 1985.
8. FEINSTEIN A R: El juicio clínico re-examinado: la distracción de los modelos cuantitativos. *Ann Intern Med* (Edición Mexicana), 2:185-192, 1994.
9. KAY S R, OPLER L A, LINDENMAYER J P: Reliability and validity of the Positive and Negative syndrome scale for schizophrenia (PANSS). *Psychiatry Res*, 23:99-110, 1988.
10. KEEFE R S E, HARVEY P D, LENZENWEGER M F, DWORKING R H, WETHINGTON E: Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 44:153-165, 1992.
11. LARA M C, DE LA FUENTE J R: La confiabilidad en la evaluación de la ansiedad. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat*, 33:209-218, 1987.
12. LARA M C, ONTIVEROS M, BERLANGA C, DE LA FUENTE J R: Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la escala de Hamilton para ansiedad. *Salud Mental*, 11(4):7-10, 1988.
13. LARA M C, PONCE DE LEON S, DE LA FUENTE J R: Conceptualización y medición de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. *Revista de Investigación Clínica*, 1995 (en prensa).
14. Medina Mora M E, Padilla P, Campillo C, Mas C, Ezban M, Caraveo J, Corona J: Factor structure of the General Health Questionnaire: a scaled version for a Hospital's General Practice Service in Mexico. *Psychological Medicine*, 13:355-361, 1983.
15. ORTEGA-SOTO H-A, JASSO A, CECEÑA G, HERNANDEZ-AVILA C A: La validez y la reproducibilidad de dos escalas para evaluar los síntomas extrapiramidales inducidos por neurolepticos. *Salud Mental*, 14(3):1-5, 1991.
16. ORTEGA-SOTO H A, GRACIA S P, IMAZ B, PACHECHO P J, BRUNNER E, APIQUIAN R, DE LA TORRE M P: Validez y reproducibilidad de una escala para evaluar depresión en pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 17(3):7-14, 1994.
17. OVERALL J E, GORMAN D R: The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep*, 10:799-812, 1962.
18. PADILLA P, MAS C, EZBAN M, MEDINA-MORA M E, PELAEZ O: Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 7(3):72-78, 1984.
19. ROBINS E, GUZE S B: Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 126:983-987, 1970.
20. TORRES-CASTILLO M, HERNANDEZ-MALPICA E, ORTEGA-SOTO H A: Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14(2):1-6, 1991.
21. WRIGHT J G, FEINSTEIN A R: A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *J Clin Epidemiol*, 45:1201-1218, 1992.