

# Escala de síntomas "Symptom Rating Test" (SRT) en estudiantes mexicanos de nivel medio superior

Jazmín Mora\*  
Guillermina Natera\*  
Patricia Andrade-Palos\*\*

## Summary

*Validation of the Symptom Rating Scale (SRT):* (Kellner and Sheffield, 1973), was carried out in Mexican high school population. A total of 338 subjects were interviewed, 54% women and 46% men, considered as non psychiatric population. Discrimination routines of the items and factorial analysis were fulfilled with the purpose of proving the conceptual validity of the four areas evaluated by the questionnaire such as: inadequacy, anxiety, somatization and depression. Although the SRT is a reliable scale ( $\alpha = .93$ ), its factorial structure was not stable with respect to the original scale. The Symptom Rating Scale can be managed as two subscales that evaluate physical and psychological symptoms, or else by means of the modified four original scales. Women obtained larger scores in symptomatology than men in the areas of depression, somatization, anxiety and inadequacy.

## Resumen

La validación de la Escala de Síntomas *Symptom Rating Test* (SRT) (Kellner y Sheffield, 1973), se llevó a cabo en México en estudiantes de enseñanza media-superior. Se entrevistaron 338 sujetos, de los cuales 54% eran mujeres y 46% hombres, considerados unos otros como población sin problemas psiquiátricos. Se hicieron las rutinas de discriminación de reactivos y un análisis factorial a fin de probar la validez conceptual de las cuatro subáreas que evalúa el cuestionario, tales como inadecuación social, ansiedad, somatización y depresión. Aunque el SRT es una escala confiable ( $\alpha = .93$ ), la estructura factorial no se mantuvo estable con respecto a la escala original. La escala de síntomas se puede trabajar en este tipo de población por medio del empleo de dos subescalas que evalúan los síntomas físicos y los psicológicos; o bien por medio de las cuatro subescalas originales modificadas. En estas últimas, las mujeres obtuvieron mayores puntajes en sintomatología que los hombres, en las áreas de depresión, somatización, ansiedad e inadecuación.

## Introducción

En México, al igual que en otros países latinoamericanos, existe la necesidad de contar con mediciones válidas y confiables, que son indispensables para la

evaluación de psicopatología por medio de encuestas comunitarias. Sin embargo, los instrumentos usualmente empleados para esta finalidad, a menudo son muy largos y su aplicación requiere de mucho tiempo, lo cual los hace inaccesibles para este tipo de población.

La Escala de Síntomas SRT, permite explorar brevemente la presencia de rasgos psicopatológicos, no sólo en la práctica clínica, sino también incluye algunos síntomas (somáticos, depresivos y de ansiedad) comunes entre la población general. El cuestionario de síntomas *Symptom Rating Test* fue diseñado originalmente para medir el malestar psicológico. El malestar se define como un estado transitorio y cambiante. Según Kellner, creador de la escala, la función del SRT es análoga a un termómetro clínico, ya que permite detectar los cambios en el estado clínico de un paciente (Kellner y Sheffield, 1973).

Una de las principales aplicaciones del SRT consiste en medir los cambios del estado psicológico del paciente por medio de estudios experimentales sobre la efectividad de varias formas de tratamiento farmacológico (Kellner, 1975, 1987; Robin, Curry y Whelpton, 1974) y psicoterapéutico (Pavan, Fava, Vallerini y Farini, 1982), así como en estudios longitudinales para identificar la evolución del paciente (Williams, Murray y Clare, 1982).

El SRT se basa en una serie de síntomas descritos por un grupo de pacientes neuróticos, de los cuales sus autores (Kellner y Sheffield, 1973) seleccionaron las expresiones que fueran fácilmente comprensibles para ellos, e identificaron cuatro áreas principales de la escala (inadecuación, ansiedad, somatización y depresión), derivadas de análisis factoriales de investigaciones anteriores, y llevaron a cabo la validación en poblaciones clínicas.

Durante la adaptación de la escala en Italia, Fava y Giovanni (1983) la aplicaron en pacientes psiquiátricos (neuróticos y depresivos), en un grupo control con características semejantes y en un grupo de pacientes con enfermedades orgánicas. El instrumento discriminó entre los tres grupos y detectó cambios significativos en el estado psicológico de los participantes.

El SRT fue validado en Norteamérica por medio del Método Grupal, en diversos estudios donde se reporta que la escala total, así como las subescalas, distin-

\* Departamento de Investigaciones Psicosociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco, 101. col. San Lorenzo Huipulco. 14370. México D.F.

\*\* Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

guían claramente a los pacientes neuróticos de los normales; éste ha sido el principal uso que se le ha dado a la escala por lo que ha sido ampliamente aplicada en la práctica clínica (Kellner, 1973; Cochrane, 1980; Aceti, Bona, Mauri y Cuzzolaro, 1990).

En la validación inglesa, Cochrane (1980) encontró una serie de atributos en el SRT, que lo definen como un instrumento útil para aplicarlo en las encuestas epidemiológicas que incluyan los malestares psicológicos como una variable y lo utiliza en dos tipos de poblaciones; la clínica y la comunitaria. En esta última se reporta por medio de un análisis factorial, la inexistencia de las cuatro subescalas. Su utilidad radica en que constituye una medición objetiva para evaluar psicopatología moderada, más que para identificar casos, siendo una escala válida y confiable ( $\alpha = .94$ ) (Cochrane y Stopes-Roe, 1981).

Por otra parte, Welch, McColl y Peace (1989) identificaron por medio de un análisis factorial, dos subescalas denominadas ansiedad-depresión y somatización al trabajar en poblaciones clínicas.

El SRT se ha aplicado simultáneamente con otras escalas que han sido extensamente validadas en la investigación, tales como el *Manifest Anxiety Inventory* (MAS), el *Maudsley Personality Inventory* (MPI) (Bedford, Mclver y Pearson, 1978) y el *Hamilton Depression Rating Scale* (Fava, Kellner y Munari, 1982), y obtuvieron altas correlaciones entre el SRT y cada una de estas escalas.

En este trabajo se presentan los resultados de la validación en México de la Escala de Síntomas *Symptom Ratin Test* en estudiantes de enseñanza media superior, a fin de conocer su aplicabilidad en nuestra cultura y específicamente en el área de las encuestas comunitarias, así como demostrar la evidencia empírica de las cuatro áreas conceptuales de la escala.

## Método

### Sujetos

La muestra quedó integrada por 338 estudiantes de una institución pública de enseñanza media superior, ubicada en una zona popular del sur de la ciudad de México.

Las entrevistas se aplicaron a estudiantes del primero al sexto semestre. En promedio, 54% de los participantes fueron mujeres y el resto hombres. El rango de edades osciló entre los quince y los veintitrés años de edad; el promedio fue de dieciocho años y solamente dos de los entrevistados eran mayores de veinticuatro años. El 67% eran estudiantes y el resto, además de estudiar, desempeñaban, primordialmente, labores de empleados o auxiliares, carpinteros, cocineros, choferes y meseros, entre otras actividades (32%) (cuadro 1).

### Instrumento

Se aplicó la escala de síntomas, *Symptom Rating Test* (SRT) en su versión corta de treinta reactivos, y el formato de respuesta sugerido por Cochrane

(1980), que incluye únicamente tres opciones de respuesta tales como "Nunca" (0), "Algunas veces" (1) y "A menudo" (2). A continuación se describen los indicadores de cada una de estas áreas.

<i>Somatización</i>	<i>Ansiedad</i>
1. Mareado o débil 4. Presión en la cabeza 7. Palpitaciones rápidas sin razón 11. Dolores en el pecho 23. Pensamientos fijos 14. Dolores musculares o reumatismo 21. Sensación de cosquilleo 27. Cansancio	3. Nerviosismo 5. Temores o miedos 9. Inquieto o asustadizo 16. Temblores 19. Tenso 26. Ataques de pánico 29. Dificultades para dormir
<i>Depresión</i>	<i>Inadecuación</i>
2. Cansado o sin energía 6. Poco apetito 8. Descontento o deprimido 12. Sentimiento de culpa 18. Sentimiento de poca valía 24. Sentimiento de desesperanza 25. Pérdida de interés en casi todo 30. Despierta demasiado temprano	10. Sin concentración 13. Irritabilidad 15. Dificultades para pensar 17. Preocupado 20. Poca memoria 22. Sentimiento de inferioridad 28. Sentimiento de que piensan mal de él

Se empleó la versión traducida al español de la escala que actualmente está aplicándose en México y en Inglaterra como parte del proyecto transcultural sobre: mecanismos de enfrentamiento en la familia ante los problemas de consumo de alcohol y drogas (Orford y Natera, 1994).

Además de la escala, se incluyeron otras variables en el estudio tales como ocupación, tamaño de la familia, número de hermanos, posición que ocupa entre los hermanos, uso de drogas en la familia y uso de drogas del entrevistado. Sin embargo, para los efectos de este trabajo, no se presentarán estos resultados.

CUADRO 1  
Características sociodemográficas  
de la muestra (n = 338)

Sexo	%	N
Mujeres	54	184
Hombres	46	154
Edad		
15-17	31	107
18-20	59	199
21-34	10	32
Ocupación		
Estudia	68	228
Estudia y trabaja (empleado, vendedor chofer, mesero)	32	87

## Procedimiento

Se realizó un estudio evaluativo de campo, en la población estudiantil de enseñanza media superior.

Se pidió la colaboración voluntaria de los estudiantes, explicándoles que se trataba de una encuesta para conocer el estado de salud general de la población estudiantil. Asimismo, se les indicó que respondieran con base en las tres opciones de respuesta, si habían experimentado cada uno de los treinta síntomas contenidos en la escala, durante los últimos tres meses.

El cuestionario fue autoaplicable; se les indicó a los entrevistados que sus respuestas deberían ser contestadas individualmente y que eran confidenciales. La aplicación se llevó a cabo en los salones de clases, y tardó veinte minutos.

## Resultados

### 1) Análisis de discriminación

Dado que se pretendía lograr la variabilidad de los reactivos, la población se dividió en dos grupos; el 25 %, que obtuvo el puntaje más alto y el 25 %, que obtuvo el puntaje más bajo en la escala, eliminando los casos intermedios (indiferentes).

A través de la prueba Chi cuadrada, se analizaron las respuestas entre ambos grupos, encontrándose diferencias significativas en todos los reactivos, por lo cual se incluyeron todos ellos en el análisis factorial.

### 2) Consistencia interna

Se realizó una correlación ítem-escala, considerando el supuesto de que toda la escala constituye una sola dimensión, utilizando el modelo alpha de Cronbach para determinar los coeficientes de confiabilidad.

El coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach para la escala global del SRT fue de .93, de lo cual se deduce la solidez de la misma.

### 3) Análisis factorial

En la rotación varimax se extrajeron seis factores, que tuvieron un valor Eigen mayor a uno.

Como se puede observar en el cuadro 2, los tres primeros factores explican el 47.8 % de la varianza; el factor 4, el 4.8 %; el 5, el 4.2 % y, por último, el 6 explica el 3.8 % de la varianza (cuadro 2).

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de la congruencia conceptual de los reactivos y sus respectivos factores. Se identificaron cuatro áreas principales, inadecuación, somatización, ansiedad y depresión, identificados como los primeros cuatro factores. El factor 5, que incluyó dos reactivos relacionados con síntomas cognoscitivos, se eliminó del análisis por no conformar una dimensión, y los reactivos del factor 6 se distribuyeron con base en las cargas factoriales en los cuatro primeros factores que los explicaban mejor conceptualmente. Así, el reactivo "descontento o

deprimido" se cambió al área de "ansiedad" con una carga de .43. El reactivo "dificultades para dormir" se cambió a "somatización" con una carga de .47. Finalmente, el reactivo "pensamientos que no se me pueden quitar de la cabeza" se eliminó debido a que tuvo una carga factorial muy baja en el factor de inadecuación. Finalmente, la escala quedó integrada por veintisiete reactivos divididos en cuatro subescalas (ver cuadro 2).

### 3.1) Escala de síntomas por medio de cuatro subescalas

#### a) Inadecuación

Kellner y Sheffield definen (1973) la Subescala de Inadecuación refiriéndose a los síntomas relacionados con los sentimientos de inferioridad, así como a la presencia de síntomas cognoscitivos tales como falta de concentración, poca memoria y dificultades para pensar.

Este factor agrupó siete reactivos. Cuatro de ellos correspondieron con la subescala original de inadecuación, tal es el caso de "preocupaciones", "dificultades para pensar claramente", "sentimientos de inferioridad" y "sentimientos de que la gente me considera menos".

Asimismo, se incluyeron en esta área los reactivos "sentimientos de culpa" y "sentimientos de poca valía o de fracaso", con cargas factoriales mayores a .60, que en la escala original corresponden a depresión; por último, "sentimientos de tensión" tuvo una carga de .66 y originalmente se encontraba en ansiedad. Los síntomas cognoscitivos, con excepción de "dificultades para pensar claramente" se agruparon en otro factor y se eliminaron del análisis. El factor obtuvo una confiabilidad de .84. Al igual que los autores originales, en este estudio se designó como inadecuación a este factor, que se refiere básicamente a la presencia de síntomas relacionados con sentimientos de inferioridad, así como a la incapacidad para funcionar adecuadamente en situaciones sociales.

#### b) Somatización

El factor 2 identificado como "somatización", está integrado por siete reactivos, de los cuales cuatro de ellos coincidieron con la subescala original, tales como "mareado o débil", "dolores musculares o reumatismo", "sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en partes del cuerpo" y "debilidad en partes del cuerpo".

Se incluyeron tres reactivos más tales como "cansado o sin energía" con una carga de .62, "poco apetito" con una carga de .47, que en la escala original corresponden a depresión y, finalmente, "dificultades para dormir", con una carga de .47, que originalmente se encuentra en ansiedad. Este factor tuvo una confiabilidad de .82.

#### c) Ansiedad

Está integrado por nueve reactivos, de los cuales cinco correspondieron con la subescala original de

**CUADRO 2**  
Resultados del análisis factorial (rotación varimax).

<i>Items</i>	<i>Inadecuación</i>	<i>Somatización</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>
1. Mareo o débil		.70388		
2. Cansado o sin energía		.62042		
3. Nervioso			.71782	
4. Sensación de presión o tensión en la cabeza		.33671	.42197	
5. Con temores o miedos			.65420	
6. Con poco apetito		.47766		
7. Palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente				.63719
8. Sentimientos de que no hay esperanza			.56400	
9. Inquieto o asustadizo			.48073	
10. Con poca memoria*				
11. Dolores en el pecho, dificultad para respirar o sensación de no tener suficiente aire				.55092
12. Sentimientos de culpa	.66440			
13. Preocupaciones	.39872			
14. Dolores musculares o reumatismo		.65353		
15. Sentimientos de que la gente me considera menos o piensa mal de mí	.72078			
16. Temblores o sacudimientos			.66008	
17. Dificultades para pensar claramente o para tomar decisiones	.54131			
18. Sentimientos de poca valía o de fracaso	.67573			
19. Sentimientos de tensión	.60984			
20. Sentimientos de ser inferior a otras personas	.69706			
21. Sensaciones de cosquilleo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo		.59714		
22. Irritabilidad				.59253
23. Con pensamientos que no se pueden quitar de la cabeza*				
24. Pérdida de interés en casi todas las cosas			.50838	
25. Descontento o deprimido			.43538	
26. Ataques de pánico			.42598	
27. Sensaciones de debilidad en algunas partes del cuerpo		.60283		
28. Sin capacidad concentración*				
29. Tener dificultad para conciliar el sueño o tener pesadillas		.47414		
30. Me despierto demasiado temprano y no puedo conciliar el sueño otra vez				.68715

Alpha de Cronbach

.86

.82

.85

.71

Alpha total = .93

\* Reactivos eliminados del análisis

ansiedad; los reactivos son los siguientes: "nerviosismo", "temores o miedos", "inquieto o asustadizo", "temblores o sacudimientos" y "ataques de pánico".

Se incluyeron cuatro reactivos más, como "sensación de presión en la cabeza", que en la escala original corresponde con somatización; mientras que los reactivos "sentimientos de que no hay esperanza", "pérdida de interés en las cosas" y "descontento o deprimido" tuvieron cargas mayores a .40 en este factor, y en la escala original se incluyeron en el área de depresión. La confiabilidad alpha para este factor fue de .85.

#### e) Depresión

Se integró únicamente por cuatro reactivos como "palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente", "irritabilidad", "dolores en el pecho" y "me despierto demasiado temprano y ya no puedo conciliar el sueño otra vez". Este último fue el único reactivo que coincidió con la subescala original, la cual agrupaba inicialmente nueve reactivos, los cuales sufrieron modificaciones durante la adaptación del instrumento y se distribuyeron en las tres subescalas anteriores.

Esta subescala fue la más indefinida de las cuatro, tuvo una confiabilidad de .71 y se refiere básicamente

**CUADRO 3**  
**Medias y correlaciones de las cuatro subescalas del SRT**

	<i>Inadecuación</i>	<i>Depresión</i>	<i>Somatización</i>	<i>Ansiedad</i>
<i>Inadecuación</i>	4.69	.2945	.3268	.3566
<i>Depresión</i>		1.95	.4389	.3002
<i>Somatización</i>			4.71	.4604
<i>Ansiedad</i>				5.82
D.E.	3.88	2.41	3.58	4.07

Las medias se localizan en la diagonal principal.

a síntomas físicos asociados con la depresión. En el cuadro 3 se describen las correlaciones obtenidas entre las cuatro subescalas.

### 3.2) Escala de síntomas por medio de dos subescalas

Con la finalidad de establecer comparaciones con investigaciones anteriores que han reportado únicamente dos subescalas de la Escala de Síntomas (Welch, McColl y Peace, 1989; Matson, 1992), se hizo un análisis factorial ajustando a dos factores, y se identificó un factor sólido que explicó el 36% de la varianza; el otro sólo explicó el 7%. A continuación se describe la distribución conceptual de los reactivos para las subescalas de "síntomas psicológicos", que contienen diecisiete reactivos, y la subescala de "síntomas físicos", con trece reactivos obtenidos a partir de una rotación varimax con dos factores. Las confiabilidades obtenidas para ambos factores fueron de .91 para la subescala de síntomas psicológicos y de .87 para la de síntomas físicos.

Se obtuvo una estructura factorial similar a la reportada por Matson (1992), con ligeras variantes. En el cuadro 4 se describen las dos subescalas, los reactivos y sus respectivas cargas factoriales.

### 4) Comparaciones por género

Posteriormente se interpretaron los resultados de la Escala de Síntomas, estableciendo una comparación por género, encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres al considerar las cuatro áreas de la escala. Las mujeres reportaron mayor sintomatología en las áreas de inadecuación ( $t = 2.43$ ,  $p < .017$ ) y, particularmente, en los sentimientos de culpa. Es interesante destacar la presencia de sentimientos de minusvalía en los jóvenes de ambos sexos, aunque estos síntomas no fueron los más representativos de esta población (gráfica 1).

Respecto a la subescala de Somatización, las mujeres obtuvieron puntajes más altos en los síntomas, como cansancio, adormecimiento en partes del cuerpo, poco apetito y dificultades para dormir ( $t = 4.94$ ,  $p < .000$ ) (gráfica 2). Asimismo, por lo que se refiere a síntomas de ansiedad, el grupo de mujeres tuvo mayores puntajes en lo relativo a nerviosismo, temores o miedos, para el hecho de estar descontento o deprimido y para los sentimientos de que no hay esperanza ( $t = 3.50$ ,  $p < .001$ ) (gráfica 3).

En lo relacionado con la subescala de depresión, las mujeres reportaron mayores índices de sintomatología en los cuatro síntomas físicos asociados con

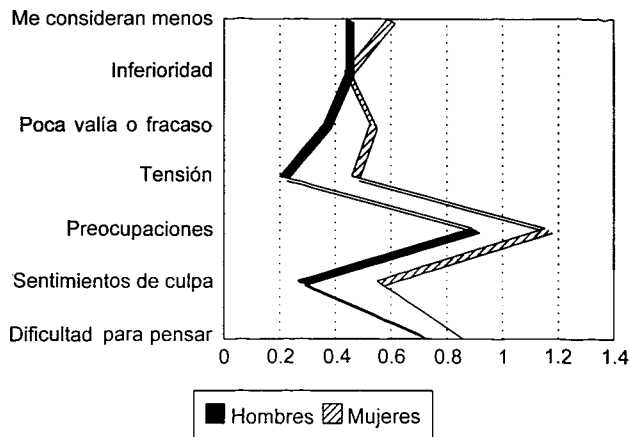
**CUADRO 4**  
**Subescalas de síntomas físicos y psicológicos del SRT**

<i>Síntomas psicológicos*</i>	<i>Cargas factoriales</i>	<i>Síntomas físicos**</i>	<i>Cargas factoriales</i>
Poca valía	0.74943	Irritabilidad	0.65849
Inferioridad	0.73115	Debilidad en el cuerpo	0.65352
Dific. pensar	0.68300	Dolores en pecho	0.65015
Tensión	0.67318	Poco apetito	0.64887
Me consideran menos	0.67202	Adormecimiento en el cuerpo	0.64216
Sentimientos de culpa	0.64593	Mareado	0.63186
No hay esperanza	0.62097	Cansado	0.59064
Preocupaciones	0.58461	Nervioso	0.56274
Deprimido	0.55160	Dificultades para dormir	0.53857
Pérdida de interés	0.54436	Dolores musculares	0.52286
Pensamientos fijos	0.54370	Despertar temprano	0.49907
Sin concentración	0.51144	Presión en la cabeza	0.49577
Inquieto	0.49877	Temblores	0.36071
Temores	0.48983		
Poca memoria	0.47913		
Nervioso	0.43779		
Ataques de pánico	0.38061		

\* alpha = .91

\*\* alpha = .87

**GRAFICA 1**  
**Medias de la subescala de inadecuación por género (n = 338)**



$t = .498, p < .001$

este padecimiento, en aspectos como irritabilidad, dificultades para dormir, dolores en el pecho y palpitaciones rápidas ( $t = 2.98, p < .003$ ) (gráfica 4).

De acuerdo con lo anterior, era de esperarse que los puntajes obtenidos al considerar la Escala de Síntomas mediante dos subescalas, fuera mayor en el grupo de mujeres que en el de hombres, en la subescala de síntomas psicológicos ( $t = 4.52, p < .000$ ) y físicos ( $t = 4.52, p < .000$ ).

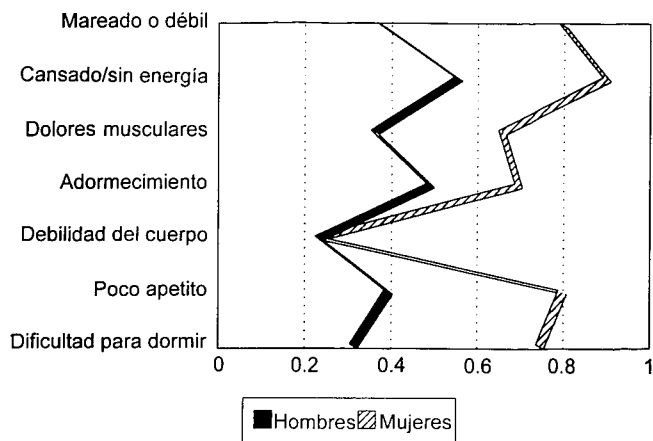
### Discusión

A diferencia de Cochrane (1980), en este estudio se realizó la validez de constructo de la Escala de Síntomas. Sin considerar la estructura de cuatro subescalas, tal y como fue propuesta por sus autores, se realizó el análisis factorial por medio de una rotación varimax, por considerar que arrojaba una estructura factorial más clara. Se efectuó una serie de cambios durante la adaptación a la versión en México.

Así, se identificó un factor principal, designado como inadecuación, que enfatiza el aspecto social; se refiere particularmente a la presencia de sentimientos de inferioridad y de un cierto desajuste para funcionar adecuadamente en situaciones sociales, mientras que los síntomas cognoscitivos, como "sin capacidad de concentración" y "poca memoria" —con excepción de "dificultades para pensar claramente"— no fueron representativos de esta área y, por esta razón, fueron eliminados. Es probable que por tratarse de una población de estudiantes, los síntomas observados se hallaran enfocados hacia el aspecto social, primordialmente dirigidos hacia el grupo social, más que a la presencia de síntomas cognoscitivos y hacia otras áreas que designan psicopatología.

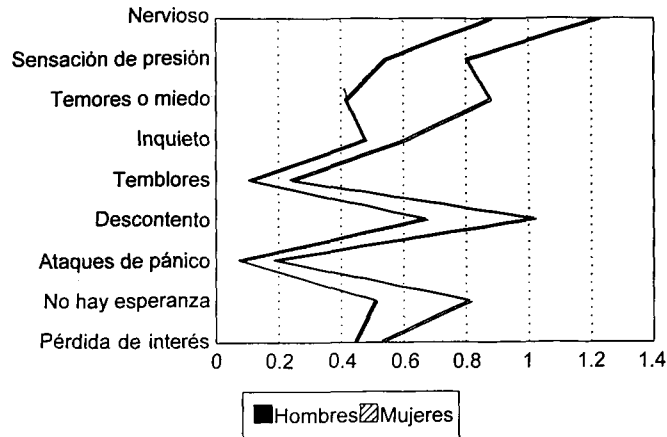
Asimismo se efectuaron algunos cambios en los reactivos que cargaron en la subescala de inadecuación. Por ejemplo, el reactivo "sentimientos de culpa" que teóricamente pertenece al área de depresión, tuvo una carga factorial muy alta en esta área, donde quizás la presencia de ciertos rasgos culpígenos fren-

**GRAFICA 2**  
**Medias de la subescala de inadecuación por género (n = 338)**



$2.98, p < .003$

**GRAFICA 3**  
Medias de la subescala de ansiedad por género (n = 338)



$t = 4.98, p < .001$

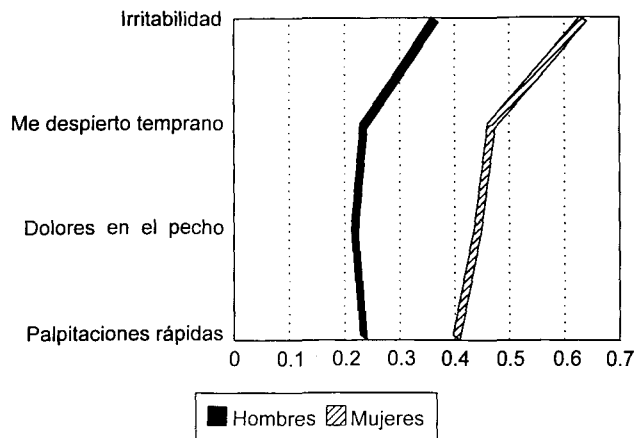
te a situaciones sociales se explican mejor en esta área. De igual manera, se incluyó en esta subescala el reactivo "sentimientos de tensión", dado que se refiere a la autopercepción de un estado emocional al enfrentarse a situaciones sociales.

Al igual que en los síntomas por somatización, los síntomas relacionados con la ansiedad no se deben a padecimientos orgánicos comprobables, y son conceptualmente congruentes con los criterios diagnósticos definidos por el Manual para el Diagnóstico de Enfermedades Mentales, en su versión revisada (DSM-III-R, 1980). En la subescala de ansiedad se incluyeron algunos síntomas depresivos como "pérdida de interés en casi todas las cosas", "sentimientos de que no hay esperanza" y "descontento o deprimido", lo cual sugiere la posibilidad de unir ambas subescalas en una sola, como ansiedad-depresión; sin embargo, esto deberá ser clarificado en futuras investigaciones.

Finalmente, la subescala de depresión se integró únicamente con cuatro reactivos. Cabe aclarar que esta subescala no mide la depresión clínica, sino que evalúa únicamente los síntomas físicos asociados con este padecimiento. La irritabilidad que se incluyó en esta área, es un síntoma característico asociado con la depresión durante el periodo de la adolescencia; mientras que los síntomas como "dolores en el pecho o sensación de no tener suficiente aire" y "palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente" se asocian con las subescalas de somatización y ansiedad, respectivamente, con cargas factoriales mayores a .30.

Los resultados de este estudio revelan una alta consistencia interna y demuestran la validez de constructo de la Escala de Síntomas (SRT). A pesar de que la escala constituye una medición altamente confiable ( $\alpha = .93$ ), similar a la reportada por investigaciones anteriores (Cochrane, 1980; Matson, 1992),

**GRAFICA 4**  
Medias de la subescala de depresión por género (n = 338)



$t = 2.98, p < .003$

hubo una serie de variaciones con respecto a la estructura factorial propuesta originalmente (Kellner y Sheffield, 1973), que posiblemente se deben, en primer lugar, al tipo de población considerada en este estudio.

En segundo lugar, estos cambios se explican debido a una imprecisión metodológica de sus autores, quienes elaboraron teóricamente el diseño de la escala sin efectuar la validez del constructo por medio de un análisis factorial, abocándose únicamente en la comparación entre poblaciones con y sin problemas psiquiátricos para validar el instrumento. En consecuencia, esto afecta a la estructura interna de las cuatro subescalas, lo cual ha sido puesto de relieve en investigaciones anteriores (Cochrane, 1980; Welch, 1989 y Matson, 1992).

Durante la validación inglesa, Cochrane enfatizó la unidimensionalidad de la escala, señalando que los síntomas psicológicos y somáticos están altamente correlacionados y, en consecuencia, la distribución de los reactivos en las cuatro subescalas son imposibles de discernir. Asimismo, propone que la escala puede ser utilizada en encuestas comunitarias para evaluar psicopatología indiferenciada (Cochrane, 1980).

Desde luego, este planteamiento es muy radical, ya que el instrumento es altamente confiable como para considerar que sólo mide sintomatología de manera tan ambigua. Por otra parte, cabe señalar que Cochrane se aboca únicamente a validar la escala *a priori*, tal y como lo proponen sus autores, sin considerar las divergencias socioculturales.

Respecto a las críticas que se le han hecho a la Escala de Síntomas acerca de la alta correlación que existe entre los reactivos, consideramos que esta dificultad es inherente a gran parte de los padecimientos psiquiátricos, ya que no se presentan de manera aislada, sino que tienden a asociarse unos con otros. Esto es evidente al observar el comportamiento de los reactivos que integran la escala, algunos de los cuales se encuentran interrelacionados. Por citar un ejemplo, el reactivo "palpitaciones rápidas o fuertes sin razón aparente" en el área de depresión, también se relacionó con la subescala de ansiedad. Este fenómeno es conocido en el campo de la psiquiatría como comorbilidad, y en el caso específico de la depresión, este padecimiento comúnmente se asocia con trastornos por somatización, ansiedad, desórdenes en la alimentación y alcoholismo. (Berlenga, 1993).

La subescala de depresión fue el área más indefinida de las cuatro y, por consiguiente, debe ser validada considerando otro tipo de poblaciones. Una posible explicación del comportamiento de esta subescala reside en las divergencias socioculturales. Se ha observado que la presencia de sintomatología depresiva entre la población mexicana se manifiesta en mayor proporción que en otros países, aunque sin llegar a ser una categoría diagnóstica (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza).

En suma, los resultados indican que la Escala de Síntomas (SRT) puede trabajarse por medio de vein-

tisiete reactivos divididos en cuatro subescalas, como inadecuación, somatización, ansiedad y depresión; o bien por medio de una escala bidimensional que agrupa únicamente síntomas físicos y psicológicos tal y como lo sugiere Matson (1992). Por otra parte, el manejo de las dos subescalas en poblaciones clínicas ha sido justificado por Welch, McColl y Peace (1989), quienes identificaron las subescalas de ansiedad-depresión y somatización.

La ventaja de emplear las cuatro subescalas es que permite obtener puntajes independientes por áreas; todas ellas, con excepción de la de depresión, obtuvieron una confiabilidad mayor a .80. No obstante, es importante aclarar que al aplicarse en la población comunitaria, la Escala de Síntomas funciona como un instrumento de tamizaje, no de referencia.

Respecto a los índices de psicopatología obtenidos en las cuatro subescalas, se observaron mayores puntajes en el grupo de mujeres, que en el de hombres, tal y como lo sugieren las investigaciones realizadas en México entre la población adolescente (Mariño, Medina-Mora, Chaparro y González-Forteza, 1993).

Una posible explicación respecto a las diferencias encontradas entre ambos sexos, radica en un mayor grado de preocupación de la mujer hacia la salud desde la adolescencia, lo que la lleva a admitir la presencia de síntomas; mientras que en los hombres el reconocimiento de los síntomas podría ser considerado como una forma de debilidad. La literatura ha reportado que las conductas agresivas y el uso de sustancias psicoactivas son socialmente más permisibles en el hombre que en la mujer; mientras que la mujer es, en muchos casos, quien sobrelleva las consecuencias del consumo de tales sustancias que realizan los hombres. En ese sentido, en el grupo de mujeres adolescentes, se observa, al igual que en la población adulta, una vulnerabilidad a enfrentarse a las presiones sociales que se derivan de la definición de su rol sexual (Natera y Mora, 1993).

Finalmente, antes de llegar a conclusiones definitivas, es importante considerar en futuras investigaciones ambos tipos de población, con y sin problemas psiquiátricos, a fin de obtener datos comparativos que permitan definir la estructura de las cuatro áreas de la Escala de Síntomas SRT.

De cualquier manera, los datos arrojados por esta investigación proporcionan evidencias de que la Escala de Síntomas es confiable, que es un instrumento útil, accesible y práctico para su aplicación, ya sea por medio de entrevista personal o bien puede ser autoaplicable para su utilización en encuestas comunitarias. Los reactivos están planteados en un lenguaje cotidiano, lo cual facilita su aplicación incluso en poblaciones marginales de escasos recursos verbales. Asimismo es de potencial utilidad para su aplicación en encuestas comunitarias y, particularmente en la población juvenil.



## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3a. edic. Washington, 1980.
2. ACETI F, BONA I, MAURI M, CUZZOLARO M: Evaluation of the psychic trouble in the department of a general hospital. *Sperimentale di Freniatria e Medicina Legale delle Alienazioni Mentali*, 114(2):420-431, 1990.
3. BEDFORD A, McIVER D, PEARSON PR: A further test of Foulds' personality and personal illness *differentiae* in a psychiatric group. *Psychological Medicine*, 8(3):467-470, 1978.
4. BERLANGA C: La comorbilidad en los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 16(1):1-9, 1993.
5. COCHRANE R: A comparative evaluation of the Symptom Rating Test and the Langner 22-item Index for use in epidemiological surveys. *Psychological Medicine*, 10(1): 115-124, 1980.
6. COCHRANE R, STOPES-ROE M: Women, marriage, employment and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 139:373-381, 1981.
7. FAVA G, GIOVANNI A: Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *Canadian Journal of Psychiatry*, 28(2):117-123, 1983.
8. FAVA G, KELLNER R, MUNARI F: The Hamilton Depression Scale in normals and depressives. *Acta Psychiat Scand*, 66(1):26-32, 1982.
9. KELLNER R, SHEFFIELD BF: A self-rating scale of distress. *Psychological Medicine*, 3:88-100, 1973.
10. KELLNER R, WILSON RM, MULDAWER M, PATHAK D: Anxiety in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32(19):1246-1254, 1975.
11. KELLNER R: A Symptom Questionnaire. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(7):268-274, 1987.
12. MARIÑO MC, MEDINA-MORA ME, CHAPARRO JJ, GONZALEZ-FORTEZA C: Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10(2):141-145, 1993.
13. MATSON N: Coping with caring: a study of influence of coping on the distress experienced by carer of stroke victims and carers of older confused people. Universidad de Exeter Inglaterra University of Exeter, England, 1992.
14. NATERA G, MORA J: Atribuciones del género femenino en la prevención de las adicciones. Trabajo presentado en el Coloquio sobre Género y Salud Femenina. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México junio de 1993.
15. ORFORD J, NATERA G, y cols.: Riesgos para la salud familiar relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.
16. PAVAN L, FAVA G, VALLERINI A, FARINI R: Brief dynamic psychotherapy for patients with irritable bowel syndrome: Some preliminary data. *Medicina Psicosomatica*, 27(2):119-125, 1982.
17. ROBIN A, CURRY S, WHELPTON R: Clinical and biochemical comparison of clorazepate and diazepam. *Psychological Medicine*, 4(4):388-392, 1974.
18. TABACHNICK BC, FIDELL LS: Principal components analysis and factor analysis. *Using Multivariate Statistics*. California State University, Harper & Row Publishers.
19. WELCH G, McCOLL G, PEACE K: The Symptom Rating Test Subscales: replicability in patient setting. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 9(2):71-82, 1989.
20. WILLIAMS P, MURRAY J, CLARE A: A longitudinal study of psychotropic drug prescription. *Psychological Medicine*, 12:201-206, 1982.