

LSB-50

Listado de Síntomas Breve



LUIS DE RIVERA
MANUEL R. ABUÍN

MANUAL



Copyright © 2012 by Luis de Rivera y Manuel R. Abuín
Copyright © 2012 by TEA Ediciones
Edita: TEA Ediciones, S. A.

Diseño y maquetación de interiores: Claroscuro Servicio Gráfico, S. L.
Impreso en España por Imprenta Casillas, S. L.

ISBN: 978-84-15262-05-3
Depósito legal: M-18536-2012

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.



Acerca de los autores	5
Prólogo	7
Ficha técnica	9
1. Introducción	11
1.1. La valoración de síntomas en psicopatología	11
1.2. Los listados de síntomas en la evaluación psicopatológica	14
2. Descripción general del LSB-50	17
2.1. Características generales	17
Adecuación de síntomas y escalas	17
Inclusión de nuevas e importantes dimensiones	19
Nuevo enfoque de la consistencia factorial	19
Discriminación del rango psicopatológico de los síntomas	20
Mayor brevedad del instrumento	21
2.2. Descripción de las escalas	22
2.2.1. Escalas de validez	23
(Min) Escala de Minimización	23
(Mag) Escala de Magnificación	24
2.2.2. Índices generales	25
2.2.3. Escalas clínicas	25
(Pr) Psicorreactividad	25
(An) Ansiedad	26
(Hs) Hostilidad	27
(Sm) Somatización	27
(De) Depresión	28
(Su y Su-a) Alteraciones del sueño	28
2.2.4. (IRPsi) Índice de riesgo psicopatológico	29
3. Normas de aplicación y corrección	31
3.1. Normas de aplicación	31
3.2. Normas de corrección	32
3.2.1. Corrección manual: ejemplar autocorregible	32
3.2.2. Corrección automatizada: PIN de corrección	34
4. Fundamentación estadística	43
4.1. Descripción de las muestras	43



4.2.	Estudios de fiabilidad	48
4.3.	Estudios de validez	49
4.3.1.	Validez de criterio	50
4.3.2.	Estructura factorial	55
5.	Normas de interpretación	57
5.1.	Normas específicas de interpretación	57
5.1.1.	Escalas de validez	57
5.1.2.	Índices generales	59
5.1.3.	Escalas clínicas	60
5.1.4.	Síntomas individuales	62
5.2.	Elección de baremo a emplear	62
5.3.	Casos ilustrativos	65
	Caso 1	65
	Caso 2	68
	Referencias bibliográficas	71
	Baremos	73

Acerca de los autores



Luis de Rivera es catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica y director del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid. Pionero en España en el desarrollo de instrumentos de medida de psicopatología, es autor de la versión oficial en español del Symptom Check List (SCL 90-R) de Derogatis, publicado por TEA Ediciones. Es también autor del *Test de Memoria por Ordenador (TMO)*, de la adaptación española del *Cuestionario de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe*, del *Cuestionario de reactividad al Estrés (IRE-32)*, del *Cuestionario de Experiencias Traumáticas*, del *Índice General de Adaptación (IGA)*, del *Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo (LIPT-60, con M. R. Abuín)*, del *Cuestionario de Estrés Laboral (CuEL, con L. Hernández-Herrero)* y de la *Historia de Alteraciones Homeostáticas (PA-AH, con W. Luthe)*. Es reconocido internacionalmente por sus importantes aportaciones a la psicoterapia, a la patología psicosomática y a la evaluación y tratamiento de los síndromes de estrés. Ha desarrollado un nuevo método de integración psicoterapéutica conocido como psicoterapia secuencial integradora (PSI).

Manuel R. Abuín es profesor asociado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid y dirige el Departamento de Psicología Clínica del Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática de Madrid. Es coautor de la adaptación al español del cuestionario SCL-90-R publicada por TEA Ediciones y del *Cuestionario de Estrategias de Acoso en el Trabajo (LIPT-60)*. Desde 1995 estudia las relaciones entre el estrés y la psicopatología así como los métodos y técnicas psicométricas para el diagnóstico diferencial en psicopatología. Diplomado en Psicodiagnóstico de Rorschach en el Sistema Comprensivo (*Rorschach Workshops, EE.UU.*), es experto en su integración con otras técnicas fisiológicas y de tipo cuestionario en la evaluación clínica y forense en psicopatología. Actualmente, además, estudia y desarrolla técnicas psicoterapéuticas de inducción de estados ampliados de conciencia mediante la concentración en el cuerpo y en el movimiento.

Prólogo



Tenemos la satisfacción de presentar al mundo profesional el LSB-50, *Listado de Síntomas Breve*, un nuevo instrumento mediante cuya aplicación se obtienen trece índices fundamentales de psicopatología, incluyendo un *indicador de riesgo* que identifica a pacientes potencialmente graves o que requieren una atención clínica inmediata.

En nuestros más de veinte años desarrollando, aplicando e investigando instrumentos psicológicos de medida, hemos tenido oportunidad de advertir las insuficiencias de los listados de síntomas más al uso. Desde nuestra adaptación del *Symptom Check List SCL-90-R* de Derogatis (*Cuestionario de 90 Síntomas*, TEA Ediciones, Madrid, 2002) hemos ido mejorando la precisión psicométrica y la eficiencia clínica, hasta desarrollar dos instrumentos totalmente nuevos y originales: el LSB-50, *Listado de Síntomas Breve*, que ahora presentamos, y su hermano mayor el CCS, *Cuestionario de Cien Síntomas*, que esperamos poder presentar en un futuro próximo.

A diferencia de instrumentos anteriores, las características factoriales del LSB-50 son congruentes con la comorbilidad de los trastornos. Las escalas están construidas con rigor científico y con validez ecológica, es decir, proporcionan información de alta relevancia clínica. Hemos sido particularmente cuidadosos en la redacción de los ítems del test, utilizando las expresiones que los pacientes suelen emplear para describir sus síntomas. Además, el LSB distingue entre síntomas de primer rango, cuya presencia es altamente sugestiva de patología, y síntomas de segundo rango, compatibles con molestias de la vida cotidiana sin especial significado patológico. Esto nos ha permitido añadir al test un indicador de gravedad, que complementa a los índices generales y dimensionales de psicopatología.

Como novedad adicional, hemos introducido dos escalas de validez, las escalas Magnificación (Mag) y Minimización (Min). Esta innovación psicométrica permite detectar sesgos de respuesta, tanto de exageración como de minimización de patología. La utilidad del LSB-50 no se limita al *screening* sintomático o al proceso psicodiagnóstico, sino que es también una herramienta útil para detectar los cambios producidos por el tratamiento aplicado. Aunque habitualmente se han asociado los listados de síntomas psicológicos a la exploración en Psicología Clínica y en Psiquiatría, es importante tener en cuenta sus aplicaciones en otros ámbitos, como en Medicina Preventiva, en Salud Laboral y en Psicología Forense, por citar algunos. Estamos seguros de que, por sus aportaciones y avances, el LSB-50 se constituirá en una herramienta fundamental de los profesionales en su práctica diaria.

Madrid, 10 de abril de 2012

Luis de Rivera
Manuel R. Abuín

Ficha técnica



Nombre	LSB-50, <i>Listado de Síntomas Breve</i> .
Autores	Luis de Rivera y Manuel R. Abuín.
Procedencia	TEA Ediciones, S. A., 2012.
Aplicación	Individual y colectiva.
Ámbito de aplicación	Adultos.
Duración	Variable, aproximadamente entre 5 y 10 minutos.
Finalidad	Identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos.
Baremación	Baremos de muestra normal, muestra odontológica y muestra clínica psicopatológica.
Material	Manual, ejemplar autocorregible y claves gratuitas de acceso (PIN) para la corrección mediante Internet.

1. Introducción



1.1. La valoración de síntomas en psicopatología

Una de las finalidades de la entrevista clínica es la detección de los signos y síntomas presentes y la valoración de su intensidad, su frecuencia, su gravedad y el grado en que interfieren en el funcionamiento personal y social del paciente.

Un signo es una manifestación objetiva y directamente observable, como revolverse continuamente en la silla, mirar alrededor como si se estuviera buscando a alguien, hablar muy despacio o muy deprisa, etc. Por el contrario, un síntoma es una manifestación subjetiva que el paciente describe al entrevistador y que este difícilmente podría conocer si no se lo dijeran como, por ejemplo, la dificultad para conciliar el sueño nocturno, sentirse triste, tener pensamientos absurdos, etc. Muchos síntomas pueden inferirse mediante la observación de los signos (p. ej., si una persona llora, es muy posible que se sienta triste). No en vano el grado de concordancia entre signos y síntomas da una medida de la expresividad del paciente y de su veracidad consigo mismo y con el entrevistador.

La valoración de los signos requiere la observación directa, razón por la cual es imprescindible la entrevista especializada realizada por un clínico entrenado. En cambio, la información sobre los síntomas puede obtenerse mediante cuestionarios o listados apropiados, aplicados por técnicos entrenados y supervisados o, incluso, autoaplicados por los propios pacientes. De ahí que las razones históricas originales para la introducción de estos instrumentos fueran económicas (reducir el tiempo que los profesionales más cualificados dedicaban a la recogida de datos). Sin embargo, con el paso del tiempo, la experiencia ha ido poniendo de manifiesto algunas **ventajas de utilidad clínica**, como la mayor facilidad del paciente para comunicar sus síntomas, puesto que solo tiene que marcar en una lista el grado en que los ha experimentado; pero también una mayor libertad y sinceridad, al poder concentrarse en su propia experiencia sin sentirse influido, inhibido o coaccionado por el entrevistador. No obstante, la mayor aportación de los listados de síntomas derivó de su utilidad psicométrica, al facilitar la objetivación de las percepciones subjetivas y permitir la categorización de las diferentes dimensiones psicopatológicas. En el campo de la psicopatología, una dimensión es un constructo clínico



formado por una agrupación de síntomas relacionados. En el caso del *Listado de Síntomas Breve* (LSB-50), se conjugaron criterios clínicos y psicométricos a la hora de elaborar sus diferentes dimensiones y escalas, tal y como se expondrá en apartados posteriores.

Una de las claras ventajas de los listados de síntomas es que permiten obtener rápidamente información clínica que procede directamente de la persona que sufre el síntoma, sin influencias ni distorsiones procedentes del entrevistador (p. ej., Holi, 2003). Esto, además, ahorra tiempo de intervención profesional experta ya que tanto la aplicación del instrumento como su corrección pueden ser realizadas por ayudantes técnicos. Incluso permiten la autoaplicación de la prueba de forma autónoma por el evaluado, lo que posibilita el acceso a grandes muestras para despistaje o *screening* de casos, diferenciando a los sujetos normales de los que presentan patología y deben recibir atención. Para este objetivo es importante definir el punto de corte a partir del cual es posible establecer, con cierto grado de confianza, que el evaluado presenta patología clínica significativa. En este sentido, los baremos y puntos de corte para el LSB-50 están bien establecidos tal y como se expondrá más adelante.

Adicionalmente, la gradación escalar de síntomas permite un cierto grado de objetivación de lo subjetivo, esto es, una forma graduada de medir la experiencia interna. Las valoraciones numéricas (tipo Likert) de los síntomas son además susceptibles de tratamiento estadístico, lo cual permite el análisis factorial y su categorización en las diferentes dimensiones psicopatológicas. Por otra parte, esta cuantificación permite su aplicación en la valoración de la evolución del paciente y en la medida de la eficacia de las intervenciones terapéuticas realizadas, ya que las puntuaciones disminuyen cuando el paciente muestra mejoría y aumentan cuando este empeora.

Junto a las ventajas anteriormente mencionadas, cabe señalar también algunas de las **limitaciones** que el profesional debe conocer. La más importante radica en que los instrumentos tipo cuestionario proporcionan **medidas explícitas**, es decir, una estimación de cómo el sujeto cree percibirse y de cómo comunica su malestar. Un paciente con un estilo defensivo, negador o minimizador de los síntomas, referirá muy probablemente un sufrimiento psicopatológico menor del que realmente padece, mientras que lo contrario será cierto en pacientes con tendencias magnificadoras. Esta limitación no está presente en los tests proyectivos, que permiten una **medida implícita** del sufrimiento psíquico. En la evaluación de los síntomas psicopatológicos mediante escalas o listados, los indicadores son medidas explícitas del sufrimiento psíquico que no guardan necesariamente relación con las medidas implícitas de valoración psicopatológica. Esta dualidad de lo explícito frente a lo implícito en la caracterización de los distintos tipos de medida ha sido corroborada en otros campos como el de la dependencia afectiva (Bornstein *et al.*, 1993) y podría ser uno de los factores que explicara las diferencias de morbilidad psicopatológica detectada en las mujeres con respecto a los varones (de Rivera¹ *et al.*, 1991).

¹ de Rivera figura en la bibliografía como González de Rivera.



Relacionado con la limitación anterior está el llamado «sesgo de deseabilidad social», cuya manifestación más grave es la simulación. En la mayoría de los ítems existe una respuesta socialmente más aceptable o deseable que otra y es posible, por lo tanto, que una persona se deje guiar más por el deseo de dar una imagen favorable de sí mismo que por transmitir la realidad de su experiencia. Este sesgo es tanto más probable cuanto mayor sea el beneficio que el paciente anticipe en relación con su imagen, como ocurre, por ejemplo, en los contextos forenses o de selección de personal. En ocasiones, lo «deseable» puede ser lo contrario, dar una valoración negativa de su estado (p. ej., ante tribunales médicos o en reclamaciones de daños). El sesgo de deseabilidad social no necesariamente indica un engaño o fraude deliberado, ya que también puede reflejar una tendencia al autoengaño o un defecto en las capacidades de introspección y de autopercepción.

Finalmente, se han de mencionar los sesgos de medición introducidos por el propio método (Holi, 2003), encontrándose entre los más importantes los siguientes:

- a) **Efecto halo.** Consiste en un sesgo de la respuesta según el cual, las valoraciones en una variable influyen en los valores que se otorguen a otras que estén próximas. Se puede detectar examinando si hay correlaciones altas entre las puntuaciones de variables pertenecientes a diferentes dimensiones. Esta tendencia ha sido observada en pacientes histeriformes y en pacientes que han padecido situaciones de acoso (de Rivera y Abuín², 2006).
- b) **Efectos de minimización o maximización**, denominados también como de **indulgencia** o **inclemencia**. Son tendencias a realizar evaluaciones de uno mismo más positivas o más negativas de las reales.
- c) **Tendencias de respuesta central y de respuesta extrema.** La tendencia central consiste en responder de forma neutra o moderada a las preguntas. La tendencia extrema es lo opuesto y consiste, como su propio nombre indica, en responder de forma extrema, ya sea en sentido afirmativo o negativo. Las personas evaluadas pueden, o bien obviar las puntuaciones extremas, restringiendo sus respuestas solo a los valores medios, o bien restringir sus puntuaciones a los valores extremos de la escala, prescindiendo de los valores centrales. Estos sesgos pueden identificarse calculando el valor promedio y la varianza de las respuestas del sujeto. La tendencia central se caracteriza por una media próxima al valor central de la escala y una varianza cercana a cero; la tendencia extrema, aunque también se caracteriza por un valor promedio cercano al valor central de la escala, presenta una varianza mucho mayor que en el sesgo de centralidad.
- d) **La restricción de rango y el efecto frecuencia.** La restricción de rango se identifica al observarse que el sujeto responde utilizando mayoritariamente una de las opciones de respuesta. Esto se ve claramente en la gráfica de distribución de las opciones respuestas del sujeto ya que estas se concentran en torno a una determinada puntuación (distribución apuntada o leptocúrtica). El efecto frecuencia es el sesgo contrario y se presenta cuando el sujeto tiende a escoger todas las opciones posibles de respuesta (distribución plana o platicúrtica).

² Abuín figura en la bibliografía como Rodríguez-Abuín.



1.2. Los listados de síntomas en la evaluación psicopatológica

El primer cuestionario autoaplicado para la detección de síntomas psicopatológicos fue la *Personal Data Sheet (Hoja de Datos Personales)* de Robert Woodworth (1918). Se trataba de un instrumento muy sencillo, en el que se ofrecía un simple listado de síntomas que el sujeto debía marcar en caso de haberlos experimentado, de ahí proviene la denominación *Checklist* (lista de verificación), que se aplicó a los sucesivos instrumentos que fueron apareciendo posteriormente. Entre ellos destacó el *Cornell Medical Index* (Wilder, 1948), del que derivaron una escala modificada por Lorr (1952) de 12 ítems y la *Escala de Malestar (Discomfort Scale)* en inglés desarrollada por Parloff *et al.* (1954). Estos instrumentos introducían ya la posibilidad de valorar cada síntoma de manera graduada, por lo que recibieron el nombre de escalas. La *Escala de Malestar*, creada para valorar los cambios en pacientes en tratamiento psicoterapéutico, es un cuestionario autoaplicado de 41 ítems con una escala de respuesta de 4 puntos. Esta *Escala de Malestar* fue modificada y ampliada a 58 ítems por Frank *et al.* (1957) en una versión que fue llamada HSCL (*Hopkins Symptom Checklist*) y que introducía la categorización psicométrica de dimensiones psicopatológicas. Posteriormente, algunos ítems del HSCL fueron eliminados y se añadieron 45 nuevos para formar la versión de 90 ítems, todos ellos valorados en una escala de respuesta de 5 puntos, que se denominó *Symptom Checklist-90 (SCL-90)*. La presentación del SCL-90 tuvo lugar en 1973 en un artículo de Derogatis en la revista *Psychopharmacology Bulletin*. En 1977, después de que la versión prototípica fuera probada, modificada y validada, Derogatis modificó el instrumento, cambiando tres ítems. Esta versión modificada fue denominada SCL-90-R y se publicó oficialmente en 1983.

En España, de Rivera y colaboradores iniciaron un programa de detección y cuantificación de la morbilidad psiquiátrica en población general (de Rivera *et al.*, 1991) y en diferentes grupos clínicos (de las Cuevas *et al.*, 1991). Este proyecto comienza con los estudios de adaptación española del *Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)*; en español: *Cuestionario de 90 síntomas*, publicada en 1988 como única versión en español autorizada por Leonard R. Derogatis y que fue utilizada exclusivamente para fines de investigación hasta que en 2002 TEA Ediciones publicó la adaptación española oficial para uso clínico (de Rivera *et al.*, 2002).

En los años transcurridos desde su publicación, la versión española del SCL-90-R ha alcanzado una amplia difusión entre psicólogos clínicos y psiquiatras, siendo aplicada tanto como complemento a la evaluación psicopatológica que forma parte de la historia clínica, como, sobre todo, a la valoración del cambio producido por los diversos tratamientos. También ha sido ampliamente utilizada en los estudios de categorización de síntomas en diversas poblaciones clínicas e, incluso, en el ámbito forense.



No obstante, en estos más de 35 años desde su publicación original, y más de 20 desde los estudios de adaptación y baremación española, también han sido evidentes algunas de sus limitaciones y carencias (p. ej., Bados, Balaguer y Coronas, 2005; Cyr, McKenna-Foley y Peacock, 1985; Hardt, Gerbershagen y Franke, 2000; Sandín *et al.*, 2008; Vassend y Skrondal, 1999; Zack, Toneatto y Streiner, 1998) que han motivado el desarrollo de nuevos inventarios actualizados, entre ellos el LSB-50 que se describirá en el siguiente capítulo.

2. Descripción general del LSB-50



2.1. Características generales

El **Listado de Síntomas Breve, LSB-50**, es un nuevo instrumento desarrollado a partir de la experiencia de los autores con otros cuestionarios de medida de síntomas. En la elaboración del LSB-50 se han introducido modificaciones importantes con relación a los instrumentos descritos en el capítulo anterior, con el propósito de corregir sus defectos y superar sus limitaciones. Algunas de las innovaciones más importantes se comentan a continuación.

1

Adecuación de síntomas y escalas

Algunos síntomas de otros listados de síntomas resultan demasiado extraños a los sujetos de la población general e, incluso, a muchos pacientes psiquiátricos. Por ejemplo, la escala Psicoticismo suele incluir preguntas poco comprensibles para quien no ha experimentado estos síntomas, como «la idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos», «tener pensamientos que no son suyos» u «oír voces que otros no oyen», que requieren con frecuencia una intervención aclaratoria del evaluador. Además, no es adecuada la valoración de estos síntomas mediante un cuestionario, ya que pueden aparecer muchos falsos positivos, ni tampoco necesaria, porque las alteraciones graves de la sensopercepción y del pensamiento son detectables fácilmente en la entrevista clínica.

Otros síntomas son inadecuados por ambiguos o poco específicos para valorar la dimensión para la que son propuestos. En la dimensión de psicoticismo existen, de nuevo, ejemplos claros de ello: «tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante», «la idea de que algo anda mal en su mente», «la idea de que algo serio anda mal en su cuerpo» o «la idea de que debería ser castigado por sus pecados». Estos síntomas son poco específicos del ámbito psicótico y aparecen en pacientes con patologías bien distantes. Así, tener pensamientos inquietantes sobre el sexo es frecuente en los trastornos sexuales, en síndromes neuróticos asociados a una educación represora o, sencillamente, en casos de traumas sexuales o en personalidades introvertidas sin experiencia sexual. La idea de que algo anda mal en el cuerpo



aparece también en casos de patología somática o de hipocondriasis. Por otra parte, la idea de que algo anda mal en la mente no es exclusiva de la esfera psicótica, sino que revela el aspecto egodistónico de la patología en pacientes con sufrimiento psíquico intenso. El ítem «la idea de que debería ser castigado por sus pecados» viene determinado por la educación y aparece en cualquier persona marcada por la cultura del pecado.

Las objeciones realizadas a la escala Psicoticismo pueden hacerse extensibles a otras, como a la de Ideación paranoide. Los ítems de esta escala son bastante inespecíficos y podrían pertenecer a otras dimensiones. Por otra parte, la escala no distingue la ideación paranoide primaria de la secundaria, fruto de las experiencias vividas y de la cultura, lo cual puede inducir a atribuir un valor patológico erróneo a esta dimensión. Otros ítems son ambiguos o difíciles de entender como, por ejemplo, «tener ideas o creencias que los demás no comparten» o «que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos». El primero indica también rarezas no paranoides de la forma de ser propias de personas originales y creativas, aunque también de personalidades esquizotípicas; el segundo puede (y suele) darse en personas normales con dificultades en su carrera profesional. Otro ítem en el que pueden puntuar personas con experiencias vitales de acoso –sin trastornos de la ideación– es «la idea de que uno no se puede fiar de la gente». Otros ítems de la escala, como «la sensación de que otras personas le miran o hablan de usted», tienen un peso muy elevado en la variable de sensibilidad interpersonal, con lo que no son exclusivamente paranoides sino, en todo caso, sensitivo-paranoides.

Por otra parte, la escala adicional Síntomas misceláneos incluye ítems que saturan en varios factores o que son tan específicos que no tienen carga factorial y, en consecuencia, es poco utilizada. Sin embargo, en esta escala hay síntomas muy importantes para el despistaje psicopatológico (*screening*) como los que se refieren a las alteraciones del sueño o del apetito. Por eso, es importante incluir nuevas dimensiones clínicas que reflejen estos aspectos relevantes. Y es que el criterio psicométrico es necesario, pero no exclusivo para la conformación de dimensiones psicopatológicas.

Asimismo, la redacción de algunos ítems de anteriores instrumentos de medida está realizada desde el punto de vista del profesional; es decir, utilizando sus propias palabras y no las que coloquialmente utilizan los pacientes o las personas de la población general. Por ejemplo, en el SCL-90-R hay ítems, tanto en la versión americana en inglés como en la versión adaptada al español, que tienen un enunciado poco común que resulta raro a los pacientes. Un síntoma como «la dificultad para conciliar el sueño», suele ser expresado por los pacientes con gran frecuencia como «me cuesta dormirme» u otro síntoma como «sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien», se expresa coloquialmente como «me dan ganas de golpear o hacer daño a alguien». Los ítems enunciados de esta forma aportan más validez aparente y ecológica al test, ya que se aproximan más a la realidad que identifica y expresa el paciente.



2 Inclusión de nuevas e importantes dimensiones

Tal y como se señalaba anteriormente, la especificidad de algunos síntomas o su alta saturación en varias escalas hacía que en otros listados de síntomas estos no conformaran ninguna escala a pesar de su importancia clínica. Algunos de estos síntomas «huérfanos» son muy específicos, como por ejemplo «comer demasiado», mientras que otros saturaban en varios factores y, a pesar de su gran importancia clínica, no se integraban en ninguna escala. Este era el caso de los ítems referidos al sueño, que tienen una relación muy significativa con algunos síndromes clínicos, como los cuadros ansioso-depresivos, la patología psicósomática, los síndromes de estrés o las depresiones. Por otra parte, también hay alteraciones del sueño no tributarias de psicopatología como, por ejemplo, en la apnea del sueño, en el reflujo gastroesofágico o en el hipertiroidismo.

Por estas razones, en el LSB-50 se han incluido indicadores específicos, como la escala **Alteraciones del sueño**, con tres ítems referidos a componentes del sueño, y la escala **Alteraciones del sueño-ampliada** en la que se recogen los ítems de las escalas de ansiedad y depresión que presentan mayor correlación estadística con los ítems de la escala estricta de alteraciones del sueño.

3 Nuevo enfoque de la consistencia factorial

Diferentes estudios factoriales con el SCL-90-R han señalado la alta correlación entre sus distintas escalas (p. ej., Bados *et al.*, 2005; Sandín *et al.*, 2008). Esto lleva a plantear si este instrumento mide realmente el malestar sintomático específico de cada una de las diferentes dimensiones o simplemente un malestar inespecífico global (de las Cuevas *et al.*, 1991). Es frecuente que un paciente que presente, por ejemplo, síntomas obsesivos, presente también síntomas depresivos o hipersensibilidad en las relaciones interpersonales. Los ejemplos son múltiples y es inevitable que las correlaciones entre escalas aparezcan.

La inconsistencia factorial de los instrumentos de valoración psicopatológica general es coherente con la evidencia de comorbilidad en la práctica clínica. Los instrumentos psicométricos de personalidad o de inteligencia miden variables mucho más estructuradas y menos sensibles a variaciones muestrales. En cambio, la psicopatología, entendida como organización característica de síntomas, es altamente dependiente de la población estudiada. Es por tanto lógico que la estructura factorial de los instrumentos de medida de síntomas no sea consistente en muestras con distintas características psicopatológicas. Las correlaciones entre escalas dependerán mucho del tipo de muestra estudiada. Así, por ejemplo, en la población de personas afectadas por síndromes de estrés laboral, las correlaciones entre escalas son mayores que en otras muestras de pacientes psiquiátricos ambulatorios, volviéndose el instrumento prácticamente monofactorial (de Rivera y Abuín, 2006). En muestras de población general las distribuciones son muy sesgadas y apuntadas hacia las opciones de respuesta 0 y 1. En consecuencia, no es muy razonable estudiar la distribución factorial y las correlaciones entre síntomas en población general, ya que la presencia y la va-



riabilidad de los síntomas en esa muestra es muy pequeña. Además, la distribución de puntuaciones no se ajusta a la distribución normal, lo cual hace poco válidos varios de los cálculos estadísticos propios de estos estudios.

Las razones previamente expuestas son algunas de las causas que subyacen a la aparente inconsistencia factorial encontrada por diferentes autores en los diversos cuestionarios de síntomas. La factorización de síntomas psicopatológicos depende, como hemos visto, de la muestra, a diferencia de otras variables como la personalidad o la inteligencia, que son más universales y más consistentes factorialmente. No obstante, esta discusión en nada detrae la utilidad de los instrumentos de valoración de psicopatología, ya que lo esperable es que haya correlaciones entre los síntomas y que la estructura factorial cambie según las características de la muestra.

En el estudio factorial del LSB-50 se utilizó una muestra de población clínica formada por pacientes psiquiátricos ambulatorios que, predominantemente, mostraban síndromes ansioso-depresivos con diferente patoplastia. De esta forma se puede conocer cómo se relacionan entre sí los diferentes síntomas en la clínica, lo cual, obviamente, ha de ser distinto de como lo hacen en la población general. En las muestras de población general, la factorización no es útil porque no hay la suficiente variabilidad, no se distribuyen normalmente las puntuaciones ni tampoco refleja la realidad clínica con la que nos enfrentamos.

4

Discriminación del rango psicopatológico de los síntomas

La totalidad de los instrumentos de medida de psicopatología revisados por los autores no distingue entre síntomas graves y leves, ni entre síntomas característicos e inespecíficos. Esto los hace poco útiles para conformar indicadores discriminativos y predictivos, es decir, reduce su valor pronóstico y su contribución a las decisiones terapéuticas. Por ejemplo, tener pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida, es un síntoma característico de los procesos depresivos o de los trastornos severos de la personalidad y grave por su repercusión personal y social. Su presencia en la población general es rara, mientras que es relativamente frecuente en la población psiquiátrica. Por el contrario, sentirse triste, aun siendo un síntoma depresivo, se presenta en la población general con frecuencia, aunque con poca intensidad, sin que ello sea predictor de repercusiones sociales, laborales o personales graves. Es decir, hay ítems cuyo coeficiente de contingencia es bajo con respecto a la patogenicidad, mientras que otros tienen una relación de contingencia mucho mayor. De manera muy simple, no es motivo para alarmarse si alguien dice sentirse un poco triste, pero si refiere que tiene pensamientos suicidas la cuestión es muy diferente.

En el LSB-50 se distingue entre síntomas de primer rango y síntomas de segundo rango, que se diferencian entre sí de acuerdo a criterios clínicos y psicométricos.

Los **síntomas de primer rango** se definen, desde el punto de vista clínico, como aquellos que están caracterizados por su alta importancia en el ajuste y bienestar personal y social; y desde el punto de vista psicométrico, por una escasa presencia



en la población general. En términos estadísticos, esta caracterización se aplica a síntomas que cumplen las tres condiciones siguientes:

1. Su frecuencia media en la muestra clínica es, al menos, 2,5 veces la de la población general.
2. Su intensidad media en la muestra clínica es, al menos, 4 veces mayor que la de la población general.
3. El coeficiente de contingencia entre la intensidad del síntoma (puntuación en el ítem) y la pertenencia a la población psiquiátrica es igual o superior a 0,30.

Los **síntomas de segundo rango** están caracterizados, clínicamente, por no estar necesariamente relacionados con un desajuste personal, social y laboral significativo y, psicométricamente, por una baja relación de contingencia con la pertenencia a la población general o a la psiquiátrica, es decir, por una pobre capacidad de discriminación entre sujetos sanos y enfermos.

5

Mayor brevedad del instrumento

Los instrumentos anteriores al LSB-50 son largos en cuanto al número de ítems, siendo además algunos de ellos redundantes o poco claros. En Psicología de la Salud, Medicina Psicosomática, Psicología, Psiquiatría de enlace o Medicina preventiva, se necesitan instrumentos más breves. La valoración de variables psicosociales y psicopatológicas debe ser breve, precisa, clara y sin ítems redundantes, alejados de la realidad del sujeto o que aludan a fenómenos extraños a su experiencia. Por todo esto, en el LSB-50 no se han incluido escalas de psicoticismo o de ideación paranoide. Los síntomas de estas escalas tienen el claro riesgo de provocar la aparición de falsos positivos dada la ambigüedad y la escasa especificidad de estos síntomas para valorar la dimensión para la que son propuestos, tal y como se argumentaba en el punto 1 de este apartado, donde se enfatizaba la mayor adecuación de la entrevista clínica para estos aspectos. Estos cambios han permitido obtener un instrumento más breve manteniendo e incluso mejorando su eficacia general en la valoración de otras dimensiones psicopatológicas. El LSB-50 tiene, en definitiva, mejores propiedades psicométricas que otros instrumentos de mayor longitud. En esto difiere de otras pruebas breves de similar genealogía, como el BSI (Derogatis, 1982; Derogatis y Melisatros, 1983), que mantiene las mismas dimensiones e indicadores que el SCL-90-R aunque a costa de una reducción de su validez y de su fiabilidad.

2.2. Descripción de las escalas

El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico. A continuación se describirán cada una de las escalas, subescalas e índices y sus principales características. En la tabla 2.1 puede consultarse una breve descripción de las mismas.