

LSB-50

Listado de Síntomas Breve



Luis de Rivera
Manuel R. Abuín

Manual



LSB-50

Listado de Síntomas Breve



LUIS DE RIVERA
MANUEL R. ABUÍN

MANUAL

(2.^a edición, revisada y ampliada)



Madrid, 2018

Copyright © 2012, 2018 by Luis de Rivera y Manuel R. Abuín.
Copyright © 2012, 2018 by TEA Ediciones, S.A.U.
Edita: TEA Ediciones, S.A.U.

ISBN: 978-84-16231-54-6.
Depósito legal: M-34821-2017.

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
Nota a la segunda edición	7
Prólogo a la primera edición	9
Ficha técnica	11
1. Introducción	13
1.1. La valoración de síntomas en psicopatología	13
1.2. Los listados de síntomas en la evaluación psicopatológica	16
2. Descripción general del LSB-50	19
2.1. Características generales	19
Adecuación de síntomas y escalas	19
Inclusión de nuevas e importantes dimensiones	21
Nuevo enfoque de la consistencia factorial	21
Discriminación del rango psicopatológico de los síntomas	22
Mayor brevedad del instrumento	23
2.2. Descripción de las escalas	23
2.2.1. Escalas de validez	25
(Min) Minimización	25
(Mag) Magnificación	26
2.2.2. Índices generales	27
2.2.3. Escalas clínicas	27
(Pr) Psicorreactividad	27
(An) Ansiedad	28
(Hs) Hostilidad	29
(Sm) Somatización	29
(De) Depresión	30
(Su y Su-a) Alteraciones del sueño	30
2.2.4. (IRPsi) Índice de riesgo psicopatológico	31
3. Normas de aplicación y corrección	33
3.1. Normas de aplicación	33
3.2. Normas de corrección	34



4. Fundamentación psicométrica	39
4.1. Descripción de las muestras	39
4.2. Estudios de fiabilidad	44
4.3. Estudios de validez	45
4.3.1. Validez de criterio	46
4.3.2. Estructura factorial	51
5. Normas de interpretación	53
5.1. Normas específicas de interpretación	53
5.1.1. Escalas de validez	53
5.1.2. Índices generales	55
5.1.3. Escalas clínicas	56
5.1.4. Síntomas individuales	58
5.2. Elección de baremo a emplear	58
5.3. Casos ilustrativos	61
Caso 1	61
Caso 2	64
6. Tipificación argentina	67
6.1. Fundamentación psicométrica	68
6.1.1. Descripción de las muestras	68
6.1.2. Estudios de fiabilidad	73
6.1.3. Estudios de validez	73
7. Tipificación boliviana	77
7.1. Introducción	77
7.2. Fundamentación psicométrica	79
7.2.1. Descripción de las muestras	79
7.2.2. Estudios de fiabilidad	80
7.2.3. Estudios de validez	80
8. Tipificación colombiana	83
8.1. Fundamentación psicométrica	83
8.1.1. Descripción de las muestras	83
8.1.2. Estudios de fiabilidad	86
8.1.3. Estudios de validez	86
9. Tipificación dominicana	89
9.1. Introducción	90
9.2. Fundamentación psicométrica	90
9.2.1. Descripción de las muestras	90
9.2.2. Estudios de fiabilidad	91
9.2.3. Estudios de validez	92
Referencias bibliográficas	93

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com



Ficha técnica



Nombre	LSB-50, <i>Listado de Síntomas Breve</i> .
Autores	Luis de Rivera y Manuel R. Abuín.
Procedencia	TEA Ediciones, 2012, 2018.
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 en percentiles de muestra de población general (varios países), muestra odontológica y muestra clínica psicopatológica.
Material	Manual y claves 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 dis-

² Abuín figura en la bibliografía como Rodríguez-Abuín.



tribución 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).

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 sensoropercepción 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.



Tabla 2.1.
Escalas, subescalas e índices del LSB-50

Escalas de validez	
Permiten detectar posibles sesgos de respuestas que puedan estar afectando a los resultados en la prueba	
Minimización (Min)	Indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece. Puede reflejar un intento consciente o inconsciente de dar una imagen falsamente favorable de sí mismo.
Magnificación (Mag)	Indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad síntomas relativamente poco frecuentes.
Índices generales	
Permiten tener una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado	
Índice global de severidad (GLOBAL)	Índica el grado de afectación global psicopatológica del evaluado. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático. Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, ya que combina el número de síntomas con su intensidad.
Número de síntomas presentes (NUM)	Indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad), siendo una medida de la extensión de las manifestaciones psicopatológicas.
Índice de intensidad de síntomas presentes (INT)	Es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Es una medida más «pura» de la intensidad del sufrimiento ya que nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado, no del conjunto de síntomas evaluados.
Escalas y subescalas clínicas	
Informan del perfil psicopatológico del evaluado, esto es, la forma particular de expresión de la psicopatología	
Psicorreactividad (Pr)	Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.
Hipersensibilidad (Hp)	Explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
Obsesión-compulsión (Ob)	Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente así como la existencia de rituales o compulsiones.
Ansiedad (An)	Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
Hostilidad (Hs)	Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.
Somatización (Sm)	Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad somática.
Depresión (De)	Evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.
Alteraciones del sueño (Su)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud y del bienestar.
Alteraciones del sueño - ampliada (Su-a)	Evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas de sueño. El contraste de las puntuaciones de Alteraciones del sueño y Alteraciones del sueño-ampliada permite una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansiosos-depresivos.
Índice de riesgo psicopatológico	
Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, incomprensión, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. En su conjunto resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología.

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTAS PÁGINAS
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com





pruebas específicas para excluir la simulación y otros sesgos más inconscientes de respuesta magnificada.

2.2.2. Índices generales

Tras la aplicación del LSB-50 pueden obtenerse tres índices generales de psicopatología: el Índice global de severidad (GLOBAL), el Número de síntomas presentes (NUM) y el Índice de intensidad de síntomas presentes (INT). Cada uno de estos índices generales informa sobre diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general:

- El **Índice global de severidad (GLOBAL)** es una medida general de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático. Es igual al promedio de la intensidad de todos los síntomas evaluados con la prueba (50). Pretende responder a la pregunta sobre cuál es el nivel global de malestar del evaluado.
- El índice **Número de síntomas presentes (NUM)** indica cuántos síntomas afirma padecer el sujeto al menos «un poco», esto es, en cuántos síntomas ha marcado una opción diferente de cero (síntomas presentes). Este índice informa sobre la extensión de las manifestaciones psicopatológicas, independientemente de su intensidad. Pretende responder a la pregunta sobre cuál es la amplitud de la sintomatología del paciente.
- El **Índice de intensidad de síntomas presentes (INT)** informa sobre cuál es la intensidad promedio de los síntomas afirmados por el sujeto (aquellos en los que ha marcado una opción distinta de cero). Si NUM era un indicador de amplitud, INT es un indicador de intensidad sintomática. Pretende responder a la pregunta de con qué intensidad sufre la persona los síntomas que afirma tener.

Si bien el índice GLOBAL nos permite obtener una visión general del nivel de sintomatología, malestar y sufrimiento del evaluado, los resultados en NUM e INT matizarán este nivel global en cuanto a su extensión (NUM) e intensidad (INT). Por ejemplo, un mismo valor en el índice GLOBAL tendrá diferente interpretación e implicaciones clínicas si refleja una sintomatología extensa pero de baja intensidad (alto NUM y bajo INT) que si se refiere a un cuadro reducido de síntomas pero de alta intensidad (bajo NUM y alto INT).

2.2.3. Escalas clínicas

(Pr) Psicorreactividad

Esta escala está compuesta por 14 ítems que evalúan: 1) la sensibilidad o reactividad en la percepción de uno mismo en relación con los demás (sensibilidad o reactividad interpersonal) y en relación con la propia imagen (sensibilidad o reactividad



intrapersonal); y 2) formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación. A continuación se muestran sus ítems agrupados en cada una de sus dos subescalas:

— **Subescala Hipersensibilidad (Hp):** compuesta por 7 ítems que se refieren a la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, a síntomas centrados en la excesiva focalización bien en los detalles de la relación interpersonal bien en la valoración de uno mismo. Entre los contenidos evaluados se incluyen los siguientes:

- Los sentimientos de vergüenza y cohibición ante otras personas.
- El sentirse incomprendido por parte de los demás.
- El sentir que otros hablan de él o le miran.
- La sensación de incomodidad cuando tiene que comer o beber en público.
- La susceptibilidad a los comentarios de los demás (es fácil que se sienta herido).
- La sensación de ser inferior a los demás.
- Sentirse solo aunque esté rodeado de gente.

— **Subescala Obsesión-compulsión (Ob):** contiene 7 ítems que evalúan los síntomas referidos tanto a las dudas continuas y obsesiones que inundan la mente como a los rituales y compulsiones. Entre los contenidos evaluados se incluyen los siguientes:

- La preocupación por el orden, la higiene y la organización.
- La necesidad de tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace.
- La sensación de que le cuesta tomar decisiones.
- La presencia de pensamientos o ideas no deseadas que no se van de su mente.
- La sensación de ser incapaz de finalizar las cosas que empieza.
- La necesidad de tener que hacer ciertas cosas de forma repetida una y otra vez (p. ej., lavarse).
- La necesidad de tener que hacer las cosas muy lentamente para poder asegurarse de que están bien hechas.

(An) Ansiedad

La escala está compuesta por 9 ítems que evalúan las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada, como de cuadros de pánico y de ansiedad fóbica.



También incluye síntomas referidos a un temor o miedo irracional. Entre los contenidos evaluados se incluyen los siguientes:

- Inquietud o nerviosismo interior.
- Sensaciones de miedo o angustia cuando se encuentra en espacios abiertos o en la calle.
- Existencia de miedos repentinos y sin causa aparente.
- Inquietud y nerviosismo cuando se queda solo.
- Sensaciones de miedo o angustia si tiene que salir de casa solo.
- Intrusión de pensamientos o imágenes que le asustan y le dan miedo.
- Sensaciones de inquietud o temor.
- Evitación de determinadas situaciones o lugares por el miedo que le provocan.
- Sensaciones o intuiciones sobre que algo malo le va a suceder.

(Hs) Hostilidad

Está compuesta por 6 ítems que engloban reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas de agresividad o continuadas de ira, rabia o resentimiento. Entre los contenidos evaluados se incluyen los siguientes:

- Impulsos o necesidad de destrozar algo.
- Sensaciones de estar irritable o de ser fácilmente enojable.
- Presencia de ataques de ira que no puede controlar.
- Gritos o cosas que arroja o tira.
- La presencia de frecuentes discusiones con otros.
- Arrebatos de agresividad que le llevan a golpear o hacer daño a otros.

(Sm) Somatización

Contiene 8 ítems que se refieren a síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Incluye respuestas somáticas relacionadas con desequilibrios del sistema nervioso autónomo y que afectan a los sistemas respirato-



LSB-50. *Listado de Síntomas Breve*

rio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal. Es útil para el *screening* de trastornos somatomorfos y de ansiedad somática. Incluye síntomas referidos a:

- Palpitaciones.
- Desmayos o mareos.
- Dolores de cabeza.
- Náuseas o problemas estomacales.
- Entumecimiento muscular.
- Dolores musculares.
- Dolores en el pecho.
- Dificultad para respirar.

(De) Depresión

Esta escala contiene 10 ítems que corresponden a síntomas característicos de la depresión, como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, entre ellos la culpa. Entre los contenidos evaluados se incluyen los siguientes:

- Sensaciones de tristeza.
- Sensaciones de falta de energía o de encontrarse apagado o alicaído.
- Ideaciones suicidas.
- Falta de esperanza con relación al futuro.
- Sentimientos de culpa con relación a todo lo que le pasa.
- Ausencia de interés por las cosas.
- Sentimientos de soledad.
- Tendencia al llanto.
- Sensaciones de inutilidad.
- Necesidad de hacer grandes esfuerzos para conseguir cualquier cosa.

(Su y Su-a) Alteraciones del sueño

Esta escala tiene dos variantes: la escala Alteraciones del sueño (Su) y la escala Alteraciones del sueño-ampliada (Su-a).

La escala **Alteraciones del sueño (Su)** contiene 3 ítems referidos exclusivamente a alteraciones del sueño. Aunque estos ítems están relacionados con otras patolo-



gías, como la depresión o los trastornos de somatización, constituyen una escala en sí misma por su importancia desde el punto de vista de la salud y del bienestar. A continuación se indica el contenido de esta escala:

- Despertares de madrugada.
- Sueño alterado o agitado.
- Dificultades para conciliar el sueño.

La escala **Alteraciones del sueño-ampliada (Su-a)** incluye, además de los 3 ítems de la escala Su, ítems de las escalas Ansiedad (An) y Depresión (De) que clínicamente están asociados con problemas de sueño. A nivel psicométrico, se han seleccionado los ítems de las escalas An y De que más peso factorial tienen en el factor de alteraciones del sueño (por encima de 0,40). Los ítems de la escala Su-a son:

- Sensaciones de tristeza.
- Despertares de madrugada.
- Sueño alterado o agitado.
- Dificultades para conciliar el sueño.
- Intrusión de pensamientos o imágenes que le asustan y le dan miedo.
- Sentimientos de soledad.
- Sensaciones o intuiciones sobre que algo malo le va a suceder.

El contraste de las puntuaciones de las escalas Su y Su-a permite una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias a estados ansioso-depresivos.

2.2.4. (IRPsi) Índice de riesgo psicopatológico

El Índice de riesgo psicopatológico está formado por 12 ítems cuya probabilidad de aparición e intensidad en la población general (no clínica) es muy baja, mientras que tienen una alta probabilidad de aparición y una alta intensidad en la población psiquiátrica ambulatoria. Estos ítems configuran lo que hemos denominado «síntomas de primer rango». El criterio de inclusión se basa en el coeficiente diferencial del síntoma, de acuerdo tanto a su frecuencia como a su intensidad. De esta forma se incluyen síntomas que en la población clínica tengan al menos una frecuencia media 2,5 veces mayor y una intensidad media al menos 4 veces mayor que en la población general. El coeficiente de contingencia entre la puntuación en el ítem y la pertenencia a la población psicopatológica o a la normal es en todos los casos significativo, oscilando entre 0,31 y 0,51 (véase el capítulo de fundamentación estadística).

LA VISUALIZACIÓN
DE ESTA PÁGINA
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

www.teaediciones.com





A la **vanguardia** de la **evaluación psicológica**



www.teaediciones.com

El *Listado de Síntomas Breve (LSB-50)* es un instrumento destinado a la **identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicósomáticos**. Sus autores, adaptadores de listados de síntomas previos como el SCL-90-R, aportan una nueva medición de la sintomatología que pretende superar las limitaciones encontradas por la investigación y la práctica profesional en los inventarios previos. Entre sus principales innovaciones destacan:

1. Nueva redacción de los síntomas más clara, comprensible y directa para el evaluado.
2. Inclusión de nuevas escalas relevantes para la práctica profesional, como la escala de Alteraciones del sueño.
3. Distinción de los síntomas clínicamente más discriminativos y predictivos (síntomas de primer rango), que se agrupan en un índice específico de riesgo psicopatológico.
4. Exclusión de ítems redundantes y de aquellos que por su ambigüedad o falta de especificidad clínica podían provocar la aparición de falsos positivos.

En síntesis, el LSB-50 permite una valoración rápida, precisa y clara de la sintomatología, sin ítems redundantes, alejados de la realidad del sujeto o que aludan a fenómenos extraños a su experiencia. Los cambios introducidos permiten obtener un instrumento más breve manteniendo, e incluso mejorando, su eficacia general en la valoración de las principales dimensiones psicopatológicas.

ISBN: 978-84-16231-54-6



9 788416 231546