Manual

LSB-50

Listado de Síntomas Breve



L. de Rivera
M. R. Abuín

tea
hogrefe

LSB-50

Listado de Síntomas Breve



L. de Rivera
M. R. Abuín

MANUAL

(3.ª edición, revisada y ampliada)

tea hogrefe

Madrid, 2022

Índice



Acerca de los autores 5

Nota a la tercera 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 piscométrica 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 62
Caso 1 62
Caso 2 66

6. Tipificación argentina 69
6.1. Fundamentación psicométrica 70
6.1.1. Descripción de las muestras 70
6.1.2. Estudios de fiabilidad 75
6.1.3. Estudios de validez 75

7. Tipificación boliviana 79
7.1. Introducción 79
7.2. Fundamentación psicométrica 81
7.2.1. Descripción de las muestras 81
7.2.2. Estudios de fiabilidad 82
7.2.3. Estudios de validez 82

8. Tipificación colombiana 85
8.1. Fundamentación psicométrica 85
8.1.1. Descripción de las muestras 85
8.1.2. Estudios de fiabilidad 88
8.1.3. Estudios de validez 88

9. Tipificación dominicana 91
9.1. Introducción 92
9.2. Fundamentación psicométrica 92
9.2.1. Descripción de las muestras 92
9.2.2. Estudios de fiabilidad 93
9.2.3. Estudios de validez 94

10. Tipificación mexicana 95
10.1. Fundamentación psicométrica 95
10.1.1. Descripción de las muestras 95
10.1.2. Estudios de fiabilidad 99
10.1.3. Estudios de validez 99

Referencias bibliográficas 101

Nota a la tercera edición



Desde su publicación, el LSB-50 se ha hecho un hueco entre los listados más empleados para la valoración de los síntomas psicológicos y psicosomáticos de las personas que acuden a las consultas de los profesionales. Esto ha hecho posible que en sus últimas ediciones hayan podido ampliarse los baremos disponibles, incluyendo un baremo español conjunto para varones y mujeres destinado a aquellos casos en los que el profesional vea conveniente comparar a la persona evaluada con una muestra global de la población general en vez de una muestra de su mismo sexo.

A su vez, el uso de la prueba en países latinoamericanos ha facilitado que en las nuevas ediciones del LSB-50 se hayan incluido diferentes capítulos con los resultados de su tipificación en Argentina, Bolivia, Colombia, México y República Dominicana. En dichos capítulos se presentan las características de las muestras que componen cada uno de los baremos y los resultados psicométricos de las mismas. Dichos baremos ya están disponibles para su uso y consulta en la plataforma de corrección *online* TEACorrige (y de igual manera se seguirán actualizando en la plataforma los nuevos baremos que vayan estando disponibles para su uso por los profesionales).

En esta tercera edición, adicionalmente a la inclusión del capítulo relativo a la tipificación mexicana, se ha modificado el apartado relativo a las pautas a seguir para la elección del baremo. El objetivo ha sido simplificar el procedimiento y armonizarlo con el establecido en otras pruebas de evaluación psicopatológica.

Esperamos que estos cambios contribuyan a facilitar el uso que hacen los profesionales de esta prueba en los diversos contextos de uso aplicado en los diferentes países de lengua española.

Dpto. de I+D+i de Hogrefe TEA Ediciones

Ficha técnica



Nombre	LSB-50, *Listado de Síntomas Breve.*
Autores	Luis de Rivera y Manuel R. Abuín.
Procedencia	Hogrefe TEA Ediciones, 2012, 2018, 2022.
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 aplicación o la corrección mediante Internet.
Formato de aplicación	Papel y *online*.
Modo de corrección	*Online.*
Lenguas disponibles	Español, catalán e inglés.

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 Rivera[1] *et al.*, 1991).

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

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

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

Tabla 5.4.
Correspondencia entre percentiles y puntuaciones típicas T (media 50 y desviación típica 10)

Pc	T
99	73
98	71
97	69
96	68
95	66
90	63
85	60
80	58
75	57
70	55
65	54
60	53
55	51
50	50

Pc	T
45	49
40	47
35	46
30	45
25	43
20	42
15	40
10	37
5	34
4	32
3	31
2	29
1	27

5.3. Casos ilustrativos

A continuación se presentan dos casos que ilustran el proceso de interpretación de las puntuaciones del LSB-50.

Caso 1

El primer caso ilustrativo consiste en una mujer de 43 años que refiere padecer una situación de acoso laboral desde hace casi un año. En la figura 5.1 se muestran sus resultados en el LSB-50 corregidos con los baremos de población general. Como se puede observar en la figura 5.1, un primer análisis de las escalas de validez nos indica que la persona evaluada no presenta un patrón evidente y destacada de minimización o magnificación de su sintomatología (escalas Min y Mag), por lo que se procede a interpretar el resto de índices y escalas.

Si se pasa a analizar sus puntuaciones en los índices generales, observamos que presenta un alto índice global de severidad (Pc = 97), con un amplio número de síntomas presentes (38, Pc = 99) y con una intensidad moderada de los mismos (2,29, Pc = 80). En comparación, es más destacable la amplitud del número de síntomas que presenta (38 de los 50 que se incluyen en la prueba) que la intensidad de los mismos. En su conjunto, su nivel de riesgo psicopatológico (IRPsi) es elevado (Pc = 96).

Del análisis de las escalas se advierten las elevaciones en Alteraciones del sueño (Su y Su-a) y Hostilidad. Igualmente hay manifestaciones de ansiedad (escala An) con una tendencia a la hipersensibilidad en la autopercepción de sí misma y en relación con los demás (escalas Psicorreactividad y Hipersensibilidad).

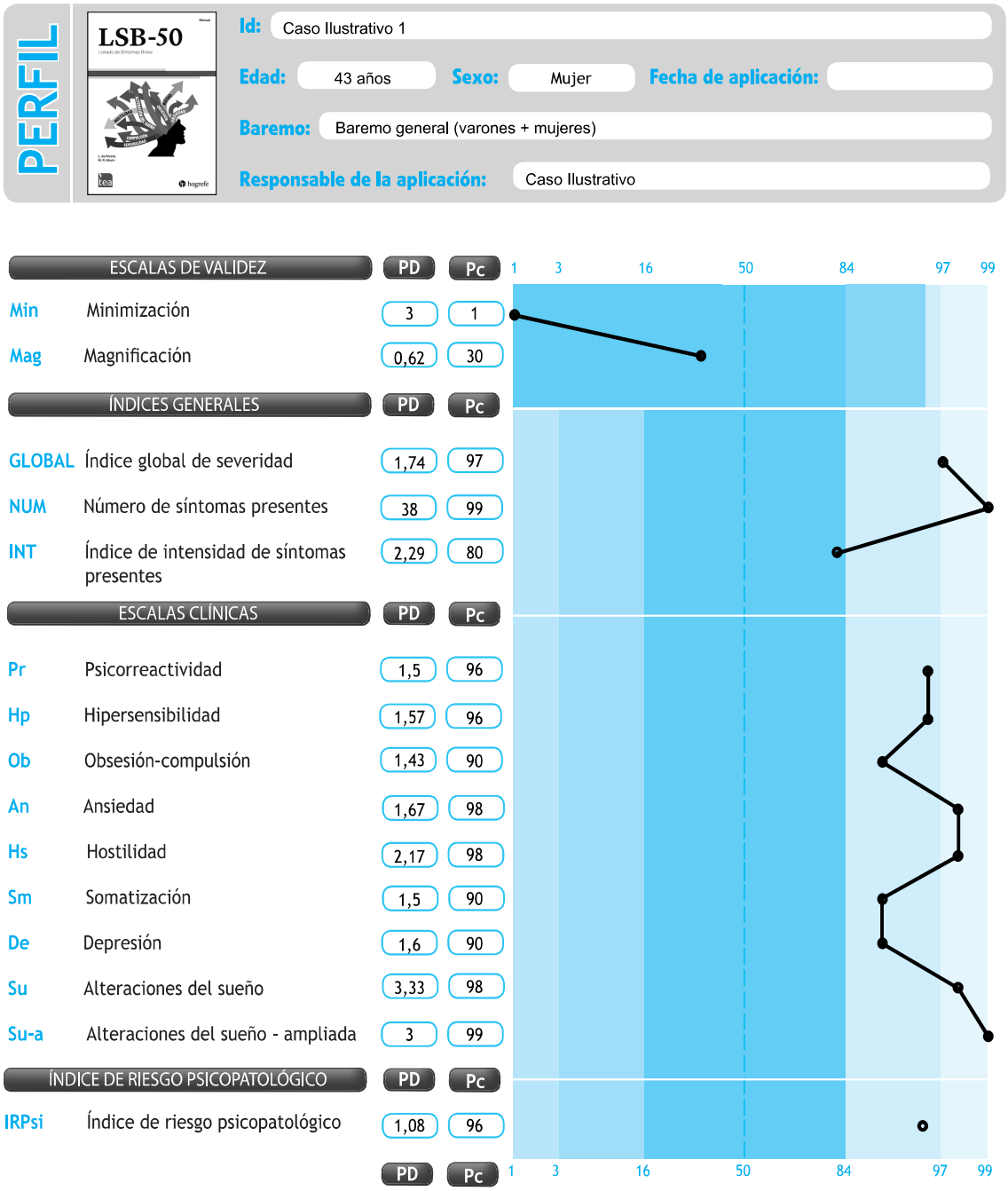


La comparación con el baremo clínico (figura 5.2) nos revela un perfil similar de apuntamientos cuando es comparado con personas que se encuentran en consulta por problemas clínicos, destacando sobre otros pacientes clínicos en esas mismas áreas (elevación en Hostilidad, Ansiedad y Alteraciones del sueño), de forma congruente con la situación de acoso referida por la persona evaluada.

Se podría plantear como hipótesis que, aunque tiene una psicopatología manifiesta, esta fuese más reactiva y transitoria que endógena y estable, algo a contrastar con otros datos de la exploración y de la entrevista. La sintomatología es más ansiosa que depresiva, con hostilidad y alteraciones del sueño de inicio y mantenimiento. En este tipo de situaciones se deben hacer re-evaluaciones periódicas puesto que las alteraciones psicopatológicas en casos de acoso laboral tienden a hacerse más intensas y se extienden a otras dimensiones cuando la situación persiste en el tiempo.

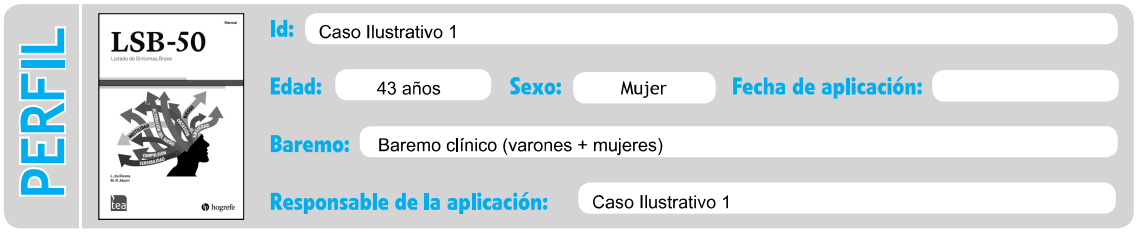
Figura 5.1.

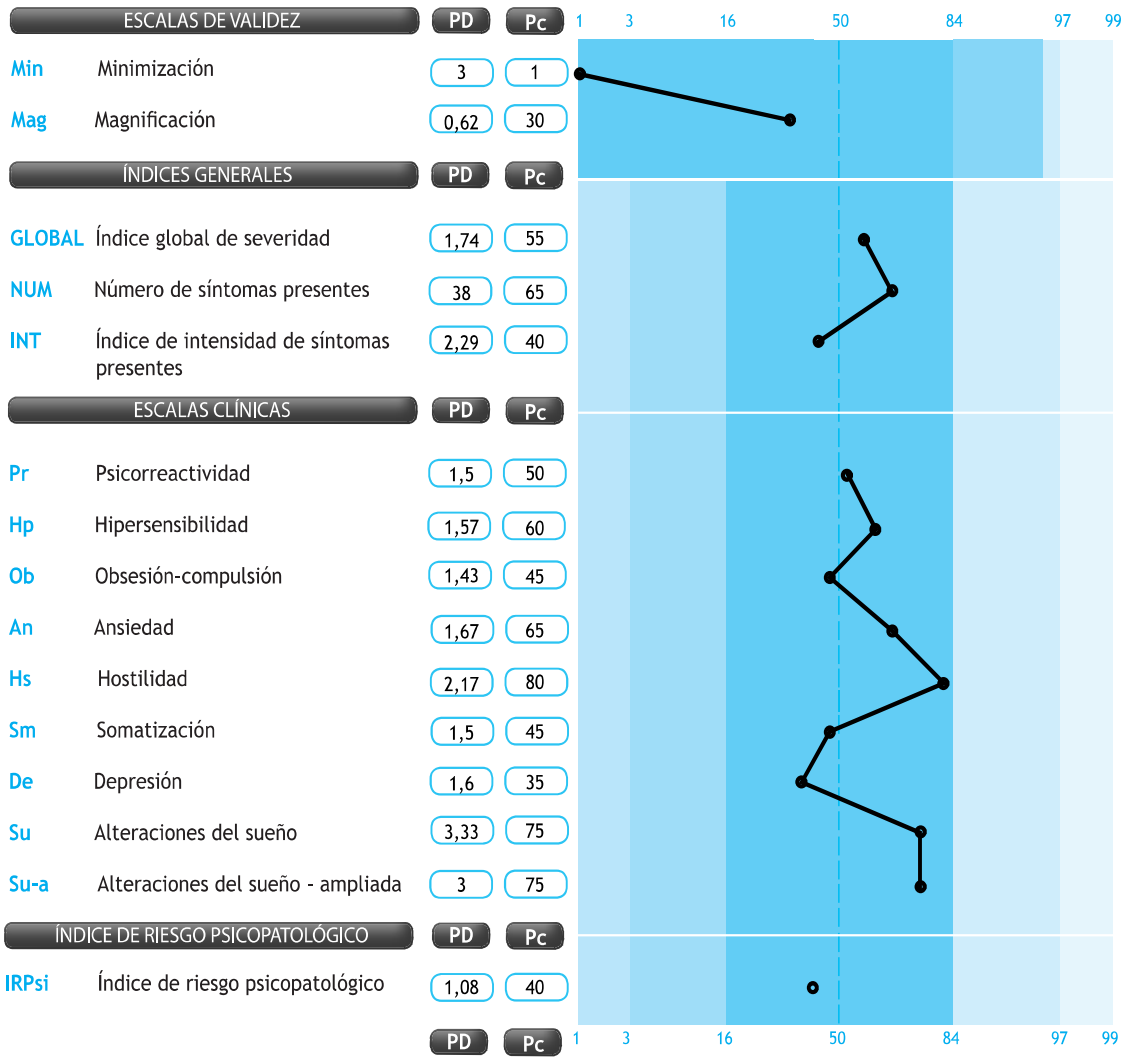
Perfil del caso 1 corregido con el baremo de población general



Nota Pc: (percentil), escala ordinal.

Figura 5.2.
Perfil del caso 1 corregido con el baremo de población clínica psicopatológica





Nota Pc: (percentil), escala ordinal.

6. Tipificación argentina



Alejandro Castro Solano, Mercedes Fernandez Liporace,
Guadalupe de la Iglesia y Juliana Stover

Universidad de Buenos Aires
Universidad de Palermo
CONICET

❖ **Equipo de colaboradores en el proceso de adaptación argentina:**

Coordinación general: María Josefina Scheinsohn y Fabiana Uriel, Universidad de Buenos Aires.

Colaboradores (en orden alfabético):

Facundo Abal
Alicia Acebal
Verónica Albajari
Marina Álvarez
Luciana Becerra
Analía Brizzio
Paula D'Amelio
Ana María D´Anna
Guadalupe de la Iglesia
Jorge Gustavo Diaz
Eliana Fernández
Agustín Freiberg Hoffmann
María Eugenia Fuente
Paula Gago
Aldana Sol Grinhauz
Maria Laura Groppo
Daniela Guillaume
Silvina Laura Herrera
Lucila López
María Laura Lupano
Sergio Mames
Paola Morandi
Jimena Navarra
Paula Ongarato
Selva Passarello
Cecilia Puime
Dalila Magdalena Quattrini
Carina Verónica Salvino
Mirta Silva González
Maria Laura San Martín
Mirta Cristina Silva González
Fernanda Mariel Sosa
Juliana Beariz Stover
Nora Suarez Hernández
Silvana Yennaccaro

Proyecto parcialmente subsidiado por el CONICET, PIP 112-201101-00504 y por la Universidad de Buenos Aires, Proyecto UBACyT P 20020100100553– 2011-2014.

En este capítulo se presenta la estandarización y validación argentina del Listado de Síntomas Breves (LSB-50) para población adulta y adolescente argentina. La misma fue el resultado de la cooperación entre el equipo de investigación dirigido por la Dra. Mercedes Fernández Liporace y por el Dr. Alejandro Castro Solano –con sede

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

7. Tipificación boliviana



Marion K. Schulmeyer, Romina Arze y Gabriela López

Universidad Privada de Santa Cruz de la Sierra

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en Bolivia y los datos más relevantes sobre las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. No obstante, ha de señalarse que estos datos han de complementarse con la información descrita en los capítulos de Fundamentación psicométrica del LSB-50 así como con las publicaciones existentes en la literatura científica que está en continua evolución y desarrollo.

Ha de advertirse también que **para el correcto uso del LSB-50 es imprescindible la consulta y el seguimiento de las normas e instrucciones de aplicación, corrección e interpretación del LSB-50 recogidas en otros capítulos de este mismo manual.**

7.1. Introducción

La evaluación clínica es fundamental para determinar la presencia de síntomas psicopatológicos y para llevar a cabo un tratamiento adecuado. Esta evaluación suele buscar detectar los síntomas que presentan los pacientes así como su intensidad y el grado con el que afectan al funcionamiento normal de los individuos a nivel personal, laboral y social. El *Listado de Síntomas Breve* explora varios índices psicopatológicos, además de presentar indicadores de intensidad, riesgo y globalidad de estos síntomas, constituyéndose en un instrumento útil para poder utilizarse en diversos ámbitos de aplicación (clínicos y no clínicos).

Para evaluar la presencia de psicopatología, tradicionalmente se utilizan inventarios de personalidad o pruebas específicas como los listados de síntomas que son herramientas útiles para cuantificar los síntomas psicológicos y psicosomáticos, clasificándolos en dimensiones. Las diferencias entre estos dos tipos de pruebas han sido ampliamente estudiadas pero, por lo general, los psicólogos utilizan diferentes instrumentos y poblaciones para obtener su información.

Los instrumentos que evalúan síntomas psicopatológicos están entre las pruebas más utilizadas en la práctica clínica (Piotrowski, Sherry y Keller, 1985; Stedman,

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

8. Tipificación colombiana



Diego Fernando Rojas Gualdron

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en Colombia y los datos más relevantes sobre las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. No obstante, ha de señalarse que estos datos han de complementarse con la información descrita en los capítulos de Fundamentación psicométrica del LSB-50 así como con las publicaciones existentes en la literatura científica que está en continua evolución y desarrollo.

Ha de advertirse también que **para el correcto uso del LSB-50 es imprescindible la consulta y el seguimiento de las normas e instrucciones de aplicación, corrección e interpretación del LSB-50 recogidas en otros capítulos de este mismo manual.**

8.1. Fundamentación psicométrica

8.1.1. Descripción de las muestras

La muestra de tipificación colombiana del LSB-50 está compuesta por un total de 687 personas de muestra general no clínica, con edades comprendidas entre los 18 y 60 años (M = 22,4 y Dt = 6,3). De ellos, 429 eran mujeres y 258 varones (62,4% y 37,6%, respectivamente).

Frecuencia e intensidad de síntomas

Para conocer mejor la distribución de las puntuaciones de la muestra se analizaron las frecuencias de las respuestas a cada uno de los ítems. En la tabla 8.1 se presentan los resultados, donde se puede ver la frecuencia e intensidad de cada uno de los síntomas. En general se observa que en la mayoría de los ítems las puntuaciones se encuentran entre 0 y 1, tal y como corresponde con una muestra no clínica (medias iguales o inferiores a 1). Las puntuaciones más bajas, es decir, los ítems con menor frecuencia de positivos y menor intensidad, fueron 41, 21 y 17 ("Me da miedo salir de casa", "Me siento útil o poco valioso", "Tengo que evitar ciertas cosas, lugares o actividades que me dan miedo", respectivamente), relacionadas con ítems correspondientes a las escalas de Depresión y de Ansiedad. Por el contrario, las puntuaciones más altas se han dado en ítems los ítems 6, 7 y 8, pertenecientes a la escala de Psicorreactividad ("Me preocupa la dejadez y el descuido", "Tengo que comprobar una y otra vez todo lo que hago" y "Me resulta difícil tomar decisiones").

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

9. Tipificación dominicana



Denisse Vallejo Mariano

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra

En este capítulo se resume de forma sintética la información de referencia sobre el proceso de estandarización llevado a cabo en República Dominicana y los datos más relevantes sobre las muestras de estandarización y sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad. No obstante, ha de señalarse que estos datos han de complementarse con la información descrita en los capítulos de Fundamentación psicométrica del LSB-50 así como con las publicaciones existentes en la literatura científica que está en continua evolución y desarrollo.

Ha de advertirse también que **para el correcto uso del LSB-50 es imprescindible la consulta y el seguimiento de las normas e instrucciones de aplicación, corrección e interpretación del LSB-50 recogidas en otros capítulos de este mismo manual.**

❖ **Agradecimientos:**

Los baremos presentados en este capítulo corresponden a la tesis de grado "Tipificación del Listado de Síntomas Breve (LSB-50) en la Población Dominicana y Comparación de las Puntuaciones para Pacientes Reumatológicos, Pacientes Psicopatológicos y Grupo Control", por lo que es de orden extender el agradecimiento a la Dra. Jossiell Then y al Dr. Rafael Johnson por su participación en las muestras clínicas. Mi agradecimiento a la Universidad Autónoma de Santo Domingo, sede Santiago, en la persona del Dr. Genaro Rodríguez y a Evaluaciones Psicológicas Sistémicas, a nombre del Dr. Luis Eduardo Domínguez por su valiosa asesoría. Por último, reconocer el esfuerzo y trabajo de los colaboradores y muy en especial, a la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra y al tutor de este proyecto, el Dr. Kiero Guerra Peña.

❖ **Equipo de colaboradores en el proceso de tipificación dominicana:**

Coordinación general: Denisse Vallejo Mariano, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

Tutor: Kiero Guerra Peña, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra.

Colaboradores: Carla Peralta de León, Josefina Soriano Tallaj, Margie Sánchez Sagredo y Vera Peralta Sánchez.

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

10. Tipificación mexicana



José paulino Dzib Aguilar, Verónica Godoy Cervera, Pedro Florentino Un Pérez, Claudia Mariana Gamboa Loria y Karime Esther Medina Farah

Grupo de Investigación UADY, Clínica en Justicia Terapéutica de Yucatán SCP (CLIJUTEY)

En este capítulo se presenta la estandarización mexicana del Listado de Síntomas Breves (LSB-50). A continuación se resumen de forma sintética los datos más relevantes sobre la muestra de estandarización y sus propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez. Téngase en cuenta que **para el correcto uso del LSB-50 es imprescindible consultar y seguir las normas e instrucciones de aplicación, corrección e interpretación recogidas en otros capítulos de este mismo manual.**

10.1. Fundamentación psicométrica

10.1.1. Descripción de las muestras

La muestra de tipificación mexicana del LSB-50 estuvo compuesta por 1.918 personas en total, del cual un 55,1% (1.057) eran varones y un 44,9% (861) eran mujeres. Con respecto a la edad de los participantes, estas estaban comprendidas entre los 18 y los 87 años con un valor medio de 27,2 y una desviación típica de 9,5 (tabla 10.1).

Tabla 10.1.
Composición de la muestra de estandarización mexicana por sexo y edad

Edad	Varones n (%)	Mujeres n (%)
18 -19	144 (16,7)	165 (15,6)
20 - 29	498 (57,8)	600 (56,8)
30 - 39	131 (15,2)	166 (15,7)
40 - 49	50 (5,8)	82 (7,8)
40 - 49	28 (3,3)	35 (3,3)
> 60	10 (1,2)	9 (0,9)
Total	861	1.057

La visualización de estas páginas no está disponible.

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

www.teaediciones.com

Referencias bibliográficas



Abuín, M. R., Mesía, F. y de Rivera, L. (2007a). *Adaptación al español del Test del perfil de la relación de Bornstein (Manuscrito sin publicar).* Madrid: Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.

Abuín, M. R., Mesía, F. y de Rivera, L. (2007b). *Adaptación al español del Inventario de Dependencia Interpersonal (Manuscrito sin publicar).* Madrid: Instituto de Psicoterapia e Investigación Psicosomática.

Bados, A., Balaguer, G. y Coronas, M. (2005). ¿Qué mide realmente el SCL 90 R? Estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes. *Psicología Conductual, 13* (2), 181-196.

Blais, M. A. (2010). The common structure of normal personality and psychopathology: Preliminary exploration in a non patient sample. *Personality and Individual Differences, 48,* 322-326.

Bornstein, R. F., Manning, K. A., Krukonis, A. B., Rossner, S. C. y Mastrosimone, C. (1993). Sex differences in dependency. A comparison of objective and projective measures. *Journal of Personality Assessment, 61,* 169-181.

Cyr, J. J., McKenna-Foley, J. M. y Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one? *Journal of Personality Assessment, 49*(6), 571-578.

de las Cuevas C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F. y Gracia-Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL 90 R en la población general. *Anales de Psiquiatría, 7*(3), 93-96.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90.* Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.

Derogatis, L. R. (1982). BSI. *Brief Symptom Report: Administration, Scoring, Manual and Procedures.* Minneapolis: Pearson.

Derogatis, L. R. (1983). SCL-90-R: *Administration, Scoring and Procedures Manual II for the Revised Version of the SCL-90.* Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9,* 13-27.

Derogatis, L. R. y Melisatros, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An Introductory Report. *Psychological Medicine, 13,* 595-605.

Draguns, J. G. y Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Resarch and Therapy, 41,* 755-778.

Durand, V. M. y Barlow, D. H. (2007). Psicopatología. *Un enfoque integral de la psicología anormal* (4ª ed.). México: Thomson Learning.

Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Nash, E. H. y Stone, A. R. (1957). Why Patients Leave Psychotherapy. *Archives of Neurology and Psychiatry, 77,* 283-299.

Garb, H. N. (2003). Incremental validity and the assessment of psychopathology in adults. *Psychological Assessment, 15*(4), 508-520.

González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Gracia-Marco, R., Henry-Benítez, M., Rodríguez-Pulido, F. y Monterrey, A. L. (1991). Age, sex and marital status differences in Minor Psychiatric Morbidity. *European Journal of Psychiatry, 5*(3), 166-176.

González de Rivera, J. L., de Las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. J. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *El cuestionario de 90 síntomas (adaptación española del SCL-90R de L. R. Derogatis).* Madrid: TEA Ediciones.

González de Rivera, J. L., de la Hoz, J. L., Rodríguez-Abuín, M. y Monterrey, A. L. (1999). Disfunción témporo-mandibular y psicopatología: Un estudio comparativo con la población general y con pacientes psiquiátricos ambulatorios. *Anales de Psiquiatría, 15,* 91-95.

González de Rivera, J. L. y Rodríguez-Abuín, M. (2006). Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL 90-R. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones, 22*(3), 397-412.

Hardt, J., Gerbershagen, H. U. y Franke, P. (2000). The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain (London, England), 4*(2), 137-148.

Holden, R. R. (2008). Underestimating the effects of faking on the validity of self-report personality scales. *Personality and Individual Differences, 44*(2), 311-321.

Holden, R. R. y Troister, T. (2009). Developments in the self-report assessment of personality and psychopathology in adults. *Canadian Psychology, 50*(3), 120-130.

Holi, M. (2003). *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90 (Tesis doctoral).* Helsinki: Helsinki University.

Lorr, M. (1952). *The Multidimensional Scale for Rating psychiatric patiens (Form for outpatient use).* Washington D.C.: Veterans Administration.

Maristany, M. y Fernández Álvarez, H. (2008). Evaluación psicológica. En Héctor Fernández Álvarez (Ed.) Integración y salud mental. *El proyecto Aiglé 1977-2008* (pp.65-108). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Nunnally, J. C. y Bernstein, I. J. (1995). *Teoría Psicométrica* (3ª ed.). México: McGraw-Hill.

O'Connor, B. P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: a statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(4), 962-982.

Parloff, M. B., Kelman, H. C. y Frank, J. D. (1954). Comfort, Effectiveness, and Self-Awareness as Criteria of Improvement in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 111,* 343-351.

Piotrowski, C., Sherry, D. y Keller, J. W. (1985). Psychodiagnostic Test Usage: A Survey of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment, 49*(2), 115-119.

Prieto, G., Muñiz, J., Almeida, L. y Bartram, D. (1999). Uso de los tests psicológicos en España, Portugal e Iberoamérica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 8*(2), 67-82.

Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*(3), 265-274.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*(2), 290-296.

Stedman, J. M., Hatch, J. P. y Schoenfeld, L. S. (2001). The Current Status of Psychological Assessment Training in Graduate and Professional Schools. *Journal of Personality Assessment, 77*(3), 398-407.

Urbina, S. (2007). *Claves para la evaluación con tests psicológicos.* Madrid: TEA Ediciones.

Vassend, O. y Skrondal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy, 37*(7), 685-701.

Wilder, A. (1948). *Cornell Index and Manual.* Nueva York: The Psychological Corporation.

Woodworth, R. S. (1918). *Personal Data Sheet.* Chicago: Stoelting.

Yamada, A. M. y Marsella, A. J. (2013). The study of culture and psychopathology: fundamental concepts and historic forces. En F. Paniagua y A.-M. Yamada (Eds.). Handbook of Multicultural Mental Health. *Assessment and Treatment of Diverse Populations* (pp. 3-23). Nueva York: Academic Press.

Zack, M., Toneatto, T. y Streiner, D. L. (1998). The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance Abuse, 10*(1), 85-101.

El ***Listado de Síntomas Breve (LSB-50)*** es un instrumento destinado a la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos. 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.

Grupo Editorial Hogrefe

Göttingen · Berna · Viena · Oxford · París
Boston · Ámsterdam · Praga · Florencia
Copenhague · Estocolmo · Helsinki · Oslo
Madrid · Barcelona · Sevilla · Bilbao
Zaragoza · São Paulo · Lisboa

ISBN 978-84-18745-25-6