

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

***PROPIEDADES PSICOMETRICAS DEL LISTADO DE SINTOMAS***

***SCL-90-R***

***PARA LA POBLACION MEXICANA***

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A:**

**AIDA LANDINI VALDES**

**DIRECTOR DE TESIS: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS**

**REVISORA DE TESIS: MTRA. ALMA MIREIA LOPEZ ARCE CORIA**

2015

Ciudad Universitaria, D. F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

RESUMEN

INTRODUCCION

### CAPITULO 1. PSICOPATOLOGIA

Definición

Trastornos de Ansiedad

- Trastorno de la Ansiedad Generalizada
- Fobias Específicas
- Trastorno de Estrés Postraumático
- Trastorno Obsesivo Compulsivo

Trastornos Somatomorfos

- Hipocondrías
- Trastorno de Somatización
- Trastorno de Conversión

Trastornos del Estado de Animo

- Episodio Depresivo Mayor
- Episodio Maniaco

Trastornos Esquizofrénicos

Trastornos Relacionados con el uso de Sustancias

Trastornos de Personalidad

- Trastorno de Personalidad Paranoide
- Trastorno de Personalidad Antisocial
- Trastorno de Personalidad Límite

### CAPITULO 2. LISTADO DE SINTOMAS SCL-90-R

Descripción del Listado de síntomas SCL-90-R

- Las nueve dimensiones de Síntomas
- Reactivos Adicionales
- Índices globales
- Evaluación e Interpretación del Inventario
- Características Psicométricas
- Aplicación
- Confiabilidad

## Planteamiento del Problema:

- Justificación
- Objetivo
- Hipótesis
- Variables
  
- Definición Conceptual
- Definición Operacional

## Diseño

## METODO

- Participantes
- Instrumento
- Procedimiento

## RESULTADOS

## DISCUSION

## CONCLUSIONES

## REFERENCIAS

## **ANEXO**

## RESUMEN

La evidencia a favor de la utilidad, eficiencia y validez del SCL-90-R ha estimulado su adaptación transcultural, la cual ha sido utilizada en muchos estudios clínicos. Constituye una de las técnicas de auto informe más avalado para la detección y medición de síntomas psicopatológicos. El inventario se encuentra en más de 20 idiomas distintos. En el mundo hispano parlante se han realizado adaptaciones en varios países, entre ellos España, Argentina, Chile, y Perú, para el caso de México, el inventario SCL-90-R ha sido empleado en investigaciones, pero no parece existir una versión estandarizada nacional en alguna publicación científica. Varios estudios han advertido la necesidad de examinar con mayor profundidad el comportamiento del instrumento en *muestras universitarias de no pacientes* y de elaborar normas específicas para este tipo de población, debido a que los universitarios típicamente reportan más sintomatología y obtienen puntuaciones más altas en las escalas del SCL-90-R que los adultos no pacientes (Todd, Deane & McKenna, 1997).

Considerando estos antecedentes, y en el marco de los análisis del SCL-90-R, el propósito de este trabajo es reportar las propiedades psicométricas del SCL-90-R obtenidas en una muestra de 1817 estudiantes mexicanos universitarios no pacientes de las ciudades de Aguascalientes, Distrito Federal, Pachuca, Cd. Juárez y Mazatlán. Específicamente, y presentar las normas provisionales derivadas para esta población, se exponen resultados relativos a: la distribución de respuestas a los reactivos; la estructura factorial del instrumento; la capacidad

discriminativa de los reactivos que componen cada dimensión primaria de síntomas; los coeficientes de fiabilidad y escalabilidad para cada dimensión primaria de síntomas; los estadísticos descriptivos y distribución de los reactivos adicionales, las nueve dimensiones primarias de síntomas y las correlaciones entre las dimensiones primarias de síntomas, las tablas en Puntuaciones T para los tres índices globales y para las nueve dimensiones primarias de síntomas; Por razones que se discuten en la sección final, las normas construidas se consideran provisionales y no definitivas.

## **INTRODUCCION**

El objetivo del presente trabajo es presentar datos normativos y propiedades psicométricas de una versión del SCL-90-R adaptada para población universitaria mexicana. Para ello se revisa primero el origen del instrumento. En un segundo apartado se sintetizan los antecedentes de fiabilidad y validez obtenidos en estudios internacionales. Luego, se describen los antecedentes de la versión aquí presentada, la justificación del estudio y el objetivo específico que guió el trabajo. Posteriormente, se explica la metodología utilizada y se presentan los resultados obtenidos. Se concluye con una discusión de los resultados, en que se abordan los puntos pendientes en el proceso de validación y algunas recomendaciones prácticas a los potenciales usuarios.

## CAPITULO 1

### PSICOPATOLOGIA

Los trastornos psicológicos o el comportamiento anormal han sido estudiados por la psicopatología, siendo estos catalogados como una disfunción psicológica del individuo, asociada a un impedimento en el funcionamiento y la respuesta que no es característica o no se espera culturalmente (Durand & Barlow, 2007). De acuerdo con el DSM-5:

Un trastorno mental es un síndrome que se caracteriza por un deterioro clínicamente significativo en la cognición, regulación emocional o el comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen en el funcionamiento mental. Los trastornos mentales se asocian generalmente con malestar significativo o discapacidad en actividades sociales, ocupacionales u otras importantes. Una respuesta culturalmente aceptada frente a un factor estresante o pérdida común como la muerte de un ser querido, no es un trastorno mental. El comportamiento alejado de la norma social “por ejemplo la política la religión o la sexualidad” y de los conflictos que son principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que el conflicto resulte de una disfunción en el individuo descrita anteriormente (DSM-5, 2013).

Algunos de los trastornos que componen la psicopatología de la adultez y que son relevantes para fines de este estudio son: trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos (esquizofrenia), trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados



con sustancias y con el control de impulsos y de la personalidad. A continuación se describen según el DSM-5

### **Trastornos de Ansiedad**

La ansiedad es un estado de ánimo que se caracteriza por un afecto negativo y síntomas corporales de tensión, en el cual una persona piensa que hay peligro en el futuro. Se ha encontrado que las personas que padecen ansiedad presentan sesgos de memoria implícita relacionados con palabreas que denotan amenaza, en comparación con personas que no padecen este tipo de trastornos (Coles, Turk & Heimberg, 2007), así se caracterizan por acceder más fácilmente a información sobre amenazas. Los trastornos de ansiedad son:

- *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*. Se caracteriza por preocupación intensa, dificultad para controlarla, se asocia con síntomas como inquietud o sensación de evitación o nerviosismo, fatiga constante, dificultad para concentrarse, mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, perturbaciones del sueño ya sea para conciliarlo o permanecer dormido, presentar inquietud durante el mismo, niveles altos de ira expresada como rasgo, internalizada o mediante su componente afectivo, la agresión (Deschenes, Dugas, Fracalanza & Koemer 2012)
- *Fobias Específicas*. Es temor marcado a un objeto o situación específica que interfiere con el funcionamiento de la vida diaria. Hay cinco subtipos: a los animales, al ambiente natural, a las inyecciones, sangre y/o heridas, a las situaciones y otros.

- *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)*. Lo desarrolla el individuo que ha estado expuesto de forma directa a un evento traumático accidental o violento, se caracteriza por manifestar los siguientes síntomas: recuerdos involuntarios e intrusivos; así como sueños recurrentes u olvido de aspectos importantes del evento; estos síntomas pueden ser desencadenados por estímulos ambientales que la persona trata de evitar. Se ha encontrado que el insomnio o dificultad para iniciar y mantener el sueño que presentan los individuos durante el mes siguiente al que estuvieron expuestos al evento, es un factor que predice el desarrollo de este trastorno ( Havey & Bryant, 1998), también tienen mayor probabilidad de padecer problemas con el abuso de sustancias lo que trae como consecuencia un incremento en la cronicidad de los problemas tanto mentales como de salud física, pobre funcionamiento social, problemas legales, así como menor adherencia al tratamiento (Back & Dansky, 2000). Por otra parte, aquellas personas cuya personalidad se caracteriza por una tendencia a experimentar emociones negativas autoevaluarse negativamente y a presentar una mayor sensibilidad a los estímulos adversos, son más propensas a desarrollar este trastorno y a mantener problemas emocionales después de haber sufrido la experiencia (Mikkelsen, & Einarsen, 2002).
- *Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Involucra la presencia de obsesiones como pensamientos o imágenes no deseados, persistentes e intrusivos, así como compulsiones o acciones repetitivas que tienen la intención de suprimirlos. Las personas que lo padecen reconocen que las obsesiones y

compulsiones son excesivas o irracionales, causan angustia marcada, consumen más de una hora al día o interfieren de manera significativa con su funcionamiento normal en la vida cotidiana. Las creencias más relevantes que generan y mantienen este trastorno son: sobrevalorar la importancia de los propios pensamientos, la hiperresponsabilidad, sobrevalorar la importancia del control de los pensamientos, la sobrestimación del peligro, la intolerancia a la incertidumbre y el perfeccionismo (Salkovskis, 1995). El deseo de controlar tanto el ambiente interno como el externo que pueden llegar a experimentar los individuos con este trastorno predice que presentan un mayor número de síntomas siempre y cuando el deseo vaya acompañado con la percepción de un bajo sentido de control sobre las situaciones (Moulding, 2009).

### **Trastornos Somatomorfos**

Los individuos que padecen trastorno Somatomorfos tienen pensamientos, sentimientos, o comportamientos desproporcionados relacionados con la preocupación por la salud o por la seriedad de algún síntoma sin base médica que pueda sustentar las quejas físicas. Incluye tres componentes: un componente experimental, expresa lo que el individuo percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. Generalmente solo es conocido por el propio individuo. Un componente cognitivo que se basa en la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a que las atribuye, es decir, el significado subjetivo que

tienen para él. Finalmente un componente conductual que incluye las acciones y la comunicación verbal y no verbal que sigue a dichas atribuciones, el sujeto decide buscar consejo o tratamiento en la medicina o en otras alternativas para medicas (Garcia Campayo, Perez & Gonzalez, 2001). Los trastornos Somatomorfos se clasifican en:

- *Hipocondrías:* Involucra una ansiedad grave sobre la creencia de tener o adquirir una enfermedad seria, no hay presencia de síntomas somáticos o son muy leves. Se encuentran siempre en alerta, constantemente asisten a chequeos médicos o los evitan por completo.
- *Trastorno de Somatización:* se caracteriza por tener historia de muchas dolencias físicas que comienzan antes de los 30 años, y deterioro significativo en áreas de funcionamiento importantes. Presenta síntomas de dolor, sexuales y pseudoneurologicos (Durand & Barlow, 2007).
- *Trastorno de Conversión:* Se afecta el motor voluntario o función sensitiva que sugiere una condición neurológica o medica general, se puede deber a conflictos procedentes u otros estresores, es decir que hay un mal funcionamiento físico sin una patología orgánica que responda al deterioro ( Durand & Barlow 2007).

### **Trastornos del Estado de Animo**

Es un grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas que van de júbilo a depresión severa y manía, mismas

características que pueden estar presentes de manera conjunta o de forma individual (Durand & Barlow, 2007). Los trastornos del estado de ánimo son:

- Episodio Depresivo Mayor. Se caracteriza por tener un estado de ánimo deprimido, placer disminuido en la mayor parte del día. Pierden o aumentan de peso considerablemente sin ninguna dieta, aumento o disminución del apetito aparición de insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva, destreza disminuida para pensar o concentrarse, tiene pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio. El paciente deprimido tiene una visión negativa de si mismo considerándose inadecuado, enfermo o incapaz, interpreta negativamente las experiencias comunes, al creerlas situaciones muy demandantes que no podría superar, aunado a ello presentan una visión negativa del futuro, visualizándolo lleno de dificultades, sufrimiento y fracasos (Beck, 2008).
- Episodio Maniaco. Es un periodo característico anormal y persistente de un estado de ánimo exaltado, efusivo o irritable, que dura al menos una semana. Presenta una autoestima elevada, disminución de necesidad de sueño, locuacidad excesiva, fuga de ideas o sensación de que los pensamientos se disparan, facilidad para distraerse en una actividad dirigida hacia una meta o agitación psicomotora y participación excesiva en conductas placenteras pero

arriesgadas. Dentro se encuentran dos subtipos: el episodio hipomaniaco y el episodio maniaco mixto o episodio maniaco distrófico (Durand & Barlow, 2007).

### **Trastornos Esquizofrénicos.**

La esquizofrenia es un trastorno que incluye perturbaciones del pensamiento (delirios), percepción (alucinaciones), habla, emociones y comportamiento; incluye la catatonia, (trastorno del movimiento que incluye inmovilidad o agitación excitada), la hebefrenia (emocionalidad torpe e inmadura), la paranoia (delirios de grandeza y persecución) y la demencia precoz (perdida prematura de la mente). Los individuos con esquizofrenia presentan disfunción social u ocupacional. Los pacientes que padecen este trastorno presentan déficits en la cognición social. Es decir problemas a la hora de procesar información respecto a ellos mismos, los otros y las relaciones interpersonales (Popovici, et al., 2012) en base a información no verbal como los gestos faciales y corporales, la entonación del habla; dificultad para reconocer o inferir emociones negativas tales como expresiones de miedo, disgusto o enojo (Sparks, McDonald, Lino, O'Donnell & Green, 2010).

### **Trastornos Relacionados con el uso de Sustancias**

En esta categoría se encuentran los problemas desencadenados por el consumo abuso y dependencia de sustancias psicoactivas como el alcohol y drogas; el abuso es un consumo recurrente que impide que la persona cumpla con sus obligaciones sociales a pesar de las consecuencias

negativas que dicho comportamiento le genera, como problemas interpersonales, legales o situaciones de riesgo; la dependencia produce angustia y se caracteriza por aumento de la tolerancia, síntomas de abstinencia y varios intentos fallidos por dejar de consumirla (Durand & Brarlow, 2007).

### **Trastornos de Personalidad**

- *Trastorno de Personalidad Paranoide*; Se caracteriza por la presencia de desconfianza generalizada e injustificada hacia otros; la persona tiende a interpretar los comentarios inocentes como ofensivos o amenazadores a percibir ataques a su carácter o reputación. Tienen sospecha de que las personas que los rodean los explotan, los envidian o les hacen daño sin fundamento, preocupación excesiva e injustificada acerca de la lealtad de sus amigos, rechazan confiar en otros porque tienen la seguridad de que serán traicionados.
- *Trastorno de Personalidad Antisocial*; Es un patrón generalizado de desprecio y violación de los derechos de los demás, el individuo rechaza comportarse de acuerdo a las normas sociales lo que lo lleva a transgredirlas , tiende a engañar o a mentir, a presentar conductas impulsivas o agresivas, a sentir desprecio total por la seguridad de los demás, a no sentir remordimiento al dañar a otros y a ser irresponsable en el empleo o en el pago deudas sin remordimiento alguno; inicia a partir de la adolescencia.

- *Trastorno de Personalidad Limítrofe*; Inestabilidad generalizada en las relaciones interpersonales que va de una idealización a una desvaloración excesiva, en la autoimagen y en los afectos, así como una notoria impulsividad en conductas tales como el consumo de sustancias, la alimentación o las conductas sexuales; la persona afectada realiza esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario, de manera recurrente lleva a cabo intentos de suicidio o automutilación, presenta episodios agudos de distrofia, irritabilidad o ansiedad, que generalmente duran algunas horas, así como sensaciones crónicas de vacío e ira intensa que se les dificulta encontrar.

Aunque hay otros trastornos no se enfatiza en ellos porque no son de relevancia para fines de este estudio.



## CAPITULO 2

El *Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado* (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) es un instrumento de auto informe desarrollado por Leonard Derogatis y asociados (1975,1994) para evaluar el grado de malestar psicológico actual [*distress*] que experimenta una persona. Consiste en un listado de 90 síntomas psiquiátricos de variado nivel de gravedad, frente a los cuales cada sujeto de manera individual debe indicar en qué medida lo han molestado o perturbado cada uno de esos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana inmediatamente anterior. Para responder, se ofrece una escala de cinco opciones acotada por los términos "*Nada*", "*Muy poco*", "*Poco*", "*Bastante*" y "*Mucho*", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos. Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (*Somatización, Obsesiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo*) y tres índices globales de psicopatología: el índice de Gravedad Global (*Global Severity Index, GSI*), el índice de Malestar Positivo (*Positive Symptom Distress, PSDI*) y el Total de Síntomas Positivos (*Positive Symptom Total, PST*).

### *Origen y desarrollo del SCL-90-*

El SCL-90-R es la culminación de una prolongada tradición de instrumentos de auto informe clínico que comenzó con el *Personal Data Sheet* (Woodworth, 1918), y que más adelante condujo al desarrollo del *Cornell Medical Index* [CMI] (Wider, 1948). Algunos años más tarde, (Parloff, Kelman y Frank ,1954) utilizaron varios de los síntomas incluidos en el CMI como base para desarrollar el *Discomfort Scale* que sirvió, junto con los instrumentos anteriores, como esqueleto del *Hopkins Symptom Checklist* [HSCL] (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth & Covi, 1974), compuesto por 51 ítems agrupados en cinco dimensiones de síntomas. Aunque el inventario mostró un funcionamiento aceptable (McNair, 1974; Waskow & Parloff, 1975), sus creadores detectaron una serie de problemas que restringían su utilidad, lo que motivó un exhaustivo programa de investigación que produjo sucesivas variaciones del HSCL durante la década de 1970, al cabo de las cuales se obtuvo el SCL-90 y, luego de algunas modificaciones menores, la versión "revisada" conocida como SCL-90-R.

Una consecuencia no grata de la estrategia seguida para desarrollar el SCL-90-R es que en el presente coexisten numerosas variantes del instrumento, lo que acarrea cierta confusión entre los usuarios. Por ejemplo, para el SCL existen versiones de 35, 58 y 65 ítems todavía en uso (Bech et al., 1993), además de la versión abreviada (53 ítems) desarrollada por el propio autor (Derogatis, 1993; Derogatis & Melisaratos, 1983), denominada *Brief Symptom Inventory* [BSI]. Por otro lado, como el HSCL guarda estrecha consistencia con las cinco primeras

dimensiones del SCL-90-R y, por extensión, del B SI, algunos usuarios lo consideran una aproximación breve al inventario completo. Además, existe otro par de instrumentos asociados al SCL-90-R: el *Derogatis Psychiatric Rating Scale* [DPRS] y el *SCL-90 Analogue Scale* (Derogatis, 1994). El primero es una versión del SCL-90-R diseñada para ser respondida por un observador experto (i.e., psiquiatra o psicólogo clínico) y, el segundo, un homólogo del anterior que puede ser completado por profesionales de la salud que no tienen entrenamiento formal en psicopatología (enfermeras, médicos generales).

Esta diversidad de versiones resulta problemática, además, a causa de un relativo desorden en la cronología de las publicaciones. Por ejemplo, la primera versión documentada del SCL-90 (Derogatis, Lipman & Covi, 1973) es previa a la referencia del HSCL (Derogatis et al., 1974). Con posterioridad, esta versión fue modificada, en 1977, para obtener el actual SCL-90-R, aunque la primera referencia de este inventario suele fecharse dos años antes (Derogatis, 1975). Para agregar más confusión, buena parte de la investigación original que respalda al instrumento se desarrolló realmente con el SCL-90 y no con la versión revisada (e.g. Derogatis, Rickels & Rock, 1976). No obstante, en algunas referencias actuales se citan trabajos que utilizaron el SCL-90 como si hubieran empleado el SCL-90-R, justificando esta práctica en la gran similitud que existe entre las dos versiones, que en realidad difieren en sólo nueve ítems y en el formato de respuesta. Intentando zanjar la polémica, (Derogatis, 1994) ha indicado que el SCL-90 debe considerarse sólo un prototipo incompleto de la versión revisada y

que, por tanto, se debe preferir el SCL-90-R para cualquier uso práctico. En la misma línea de argumentación, se advierte que toda la evidencia de validez acumulada desde la primera publicación del SCL-90-R se basa en esta versión y no en la previa. De hecho, a principios de la década pasada los editores del instrumento (National Computer Systems, 1993) publicaron una revisión bibliográfica que compila aproximadamente 750 investigaciones publicadas que utilizaron el SCL-90-R. Dada esta evidencia que apoya esta última versión del instrumento y para efectos de esta investigación se optó por hacer nuestra propia traducción al español del mismo.

#### *Uso, características y propiedades psicométricas del SCL-90-R*

La gran popularidad del SCL-90-R entre profesionales e investigadores de la salud mental puede atribuirse a tres características: (1) se trata de un inventario de fácil aplicación y corrección, (2) permite tamizar sintomatología en varios niveles de complejidad, y (3) exhibe buenas propiedades psicométricas.

Con relación al primer punto, el SCL-90-R tiene ventajas evidentes: es un inventario auto administrado, las instrucciones y reactivos utilizan un vocabulario simple y requieren un mínimo de comprensión lectora (sexto grado) para ser respondido correctamente. Además, la consigna es simple y la tarea no reviste complejidad para el respondiente, lo que incrementa la validez de la evaluación y reduce el tiempo de administración (normalmente un máximo de 15 minutos). Puede ser aplicado en un amplio rango de edad (13 a 65 años) y sólo requiere que

el evaluado tenga un nivel intelectual normal y no presente ideas delirantes o curse un trastorno psicótico en el momento de la evaluación. Su aplicación requiere de un mínimo de entrenamiento, facilitando su administración colectiva o individual por personal sin capacitación formal en salud mental (e.g., enfermeras). Por último, se trata de un instrumento relativamente breve en comparación con otros inventarios multidimensionales y la relación entre el número de reactivos y el número de escalas es altamente eficiente (90 ítems que caracterizan al evaluado en nueve dimensiones primarias y tres índices globales).

Respecto a la segunda característica, el SCL-90-R fue diseñado (Derogatis, 1994) para permitir al usuario analizar la psicopatología del evaluado en tres niveles jerárquicos de complejidad: un nivel *global*, un nivel *dimensional* y un nivel *sintomático*.

En el nivel *global*, el SCL-90-R caracteriza al evaluado a partir de tres índices generales. El *Índice de Gravedad Global* [GSI] es un indicador directo del nivel de gravedad de los síntomas, mientras el *Índice de Malestar Positivo* [PSDI] es una medida de la intensidad de los síntomas percibidos por el respondiente. En la práctica, el PSDI se emplea como un índice de estilo de respuesta ( si la persona tiende a exagerar o a minimizar los problemas que le aquejan). El tercer índice global, denominado *Total de Síntomas Positivos* [PST], es simplemente el número total de síntomas que presenta la persona, independientemente de su gravedad. Normalmente es interpretado como una medida de la amplitud de la sintomatología presentada por el evaluado.

En el nivel de análisis *dimensional*, el SCL-90-R entrega un perfil compuesto por las nueve dimensiones primarias de síntomas antes mencionadas. Éstas fueron derivadas progresivamente utilizando una combinación de estrategias clínicas, racionales y empíricas con el objetivo de ser clínicamente útiles, para lo cual se impuso el triple requisito de una definición clara y consistente en la literatura, susceptibilidad de medición mediante auto informe y confirmación psicométrica (Derogatis & Cleary, 1977a. 1977b).

Por último, en el nivel *sintomático*, el SCL-90-R permite al evaluador analizar las respuestas a uno o varios síntomas que le parezcan relevantes de acuerdo con los fines de la aplicación y/o según algún modelo o teoría particular. En este nivel de análisis se incluyen también siete síntomas adicionales, que no aportan puntuación a ninguna de las nueve dimensiones primarias, pero, que se consideran marcadores clínicamente relevantes para su interpretación individual y que son incluidos en el cómputo de los índices globales.

La tercera característica que explica la popularidad del SCL-90-R es que sus propiedades psicométricas han resultado apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (pacientes versus no pacientes). Sin abundar en detalles, *fiabilidad* de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a  $r = 0.70$  en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis & Savitz, 2000). Otros estudios han demostrado, además, que la escalabilidad de las dimensiones es substancialmente satisfactoria

(Olsen, Mortensen & Bech, 2004; Schmitz et al., 2000) y que muestran un comportamiento psicométrico idóneo cuando se analizan con modelos de Teoría de Respuesta al ítem (Olsen et al., 2004).

Junto con lo anterior, una multiplicidad de estudios realizados desde 1980 en adelante ha acreditado la *validez* del SCL-90-R, de sus índices globales y de las dimensiones específicas. Por ejemplo, se han documentado los perfiles característicos de varios cuadros psiquiátricos, incluyendo desórdenes ansiosos (e.g. Cameron, Thyer, Nesse & Curtís, 1986), depresión (e.g., Prusoff, Weissman, Klerman & Rounsaville, 1980; Wetzler, Kahn, Cahn, Van Praag & Asnis, 1990), crisis de pánico (e.g., Buller, Maier & Benkert, 1986), disfunciones sexuales (e.g., Derogatis, Meyer & King, 1981), y abuso de sustancias (e.g., Steer, Platt, Ranieri & Metzger, 1989). Además, se ha demostrado (Derogatis, 1994) la validez del SCL-90-R como medida del malestar psicológico asociado con trastornos médicos generales y específicos (e.g., trastornos cardiovasculares, renales, dolor crónico). A esto se agrega evidencia que demuestra su efectividad como *screening* genérico de trastornos psicopatológicos (e.g., Derogatis & DellaPietra, 1994; Schmitz, Kruse, Heckrath, Schmitz, Kruse & Tres, 2001; Waryszak, 1982) y de trastornos específicos de la esfera somatomorfa (e.g., Dickson, et al., 1992; Kellner, Hernández & Pathak, 1992; Kirmayer, Robbins), afectivo-depresiva (e.g., Koeter, 1992, Rosenberg, Bech Møllergaard & Ottosson, 1991) y ansiosa (e.g., Morgan et al., 1998; Rief & Fichter, 1992; Vollrath, Koch & Angst, 1990). También existen antecedentes que prueban su

utilidad diferencial en la detección y evaluación de estrés (e.g., Derogatis, 1994; Derogatis & Coons, 1993), estrés postraumático (e.g., Davidson, Kudler, Saunders & Smith, 1990; Wolfe, Brown & Bucsela, 1992), riesgo suicida (e.g., Bulik, Carpenter, Kupfer & Frank, 1990; Swedo et al., 1991), abuso de alcohol y de sustancias (e.g., Derogatis & Savitz, 2000; Johnson, Brems & Fisher, 1996; Lucht, Jahn, Barnow & Freyberger, 2002), historial de abuso sexual (e.g.; Swett, Surrey & Cohen, 1990; Toomey, Seville, Mann, Abashian & Grant, 1995) y antecedentes de disfunción sexual (e.g., Coffey, Leitenberg, Henning, Turner & Bennett, 1996; Heiman & Rowlands, 1983; Turner, Althof, Levine & Bodner, 1991), entre otros.

Por último, se ha consolidado su empleo como criterio para evaluar cambios sintomáticos inducidos por farmacoterapia (e.g., Florkowski, Stevens, Joyce, Espiner & Donald, 1998; Holland et al., 1991; Pañi, Marenmani, Pirastu, Tagliamonte & Gessa, 2000; Primeau, Fontaine & Beauclair, 1990; Strayer et al., 1994) y psicoterapia (e.g., De Jonghe, Kool, van Aalst, Deckker & Peen, 2001; Schauenberg, 1999; Schmitz, Hartkamp & Franke, 2000; van der Sande et al., 1997).

A toda esta evidencia de *validez convergente* se agregan numerosos estudios que demuestran la *validez concurrente* y *predictiva* del inventario y de sus escalas, utilizando como criterios otros instrumentos de evaluación clínica, escalas *descreening*, diagnósticos psiquiátricos, protocolos de evaluación estructurada o indicadores de recidiva, principalmente (Derogatis & Savitz, 2000).



El único componente de la validez del SCL-90-R sobre el que no existe completo acuerdo es *en la validez factorial* del instrumento. Aunque los autores del inventario proponen que la estructura de nueve dimensiones es básicamente estable (Derogatis, 1994; Derogatis & Cleary, 1977a, 1977b; Derogatis & Savitz, 2000), los estudios independientes obtienen resultados inconsistentes entre sí. Por ejemplo, análisis factoriales exploratorios de los ítems, realizados en distintas poblaciones encuentran soluciones que van desde un factor general (Bonyngé, 1993), hasta cuatro (Hafkenscheid, 1993; Schwarzwald, Weisenberg & Solomon, 1991), cinco (Hoffman & Overall, 1978; Steer, Clark & Ranieri, 1994), seis (Holi, Sammallahti & Aalberg, 1998), nueve (Holcomb, Adams & Ponder, 1983) o diez factores (Shutty, DeGood & Schwartz, 1986). En contextos más cercanos, un estudio español (Caparros-Caparros, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch 2007) no logró confirmar la estructura de nueve factores en estudiantes universitarios, mientras en Argentina, (Casullo y Fernández Liporace, 2001) consiguieron una solución factorial que ellos consideran concordante con la original. Otros estudios en que se aplicó análisis factorial confirmatorio, también tienden a rechazar el ajuste del modelo de nueve factores (e.g., Carpenter & Hittner, 1995), aunque este resultado es habitual cuando se aplica esta técnica a instrumentos derivados mediante análisis factorial exploratorio, lo que ha llevado a cuestionar la pertinencia del método (McCrae, Zonderman, Costa, Bond & Paunonen, 1996). Por otro lado, cuando se factorizan las escalas en lugar de los ítems suelen encontrarse soluciones de una o dos dimensiones, aunque a veces es necesario

extraer aun más factores para explicar la covarianza entre las escalas primarias de síntomas (Strauman & Wetzler, 1994).

La evidencia factorial acumulada ha generado interpretaciones disímiles. Para algunos autores (e.g., Cyr, McKenna-Foley & Peacock, 1985) estos resultados cuestionan la validez del SCL-90-R y demuestran que se trata de una medida general de malestar psicológico y no de un inventario multidimensional, propiamente tal. Otros autores, en cambio (e.g., Vassend & Skrondal, 1999), sugieren que la inestabilidad factorial del SCL-90-R no es un problema del instrumento sino del tipo de reactivos, esto es, los síntomas presentan distribuciones y correlaciones que dependen estrechamente de su prevalencia específica en cada población evaluada. De esta manera, pequeños cambios en la prevalencia de algunos síntomas incluidos en el cuestionario afectan la estructura factorial global. Como éste es un problema inherente a los inventarios de síntomas, más que cuestionar la validez factorial del instrumento habría que discutir la pertinencia de considerar la estructura factorial como criterio de validez para una escala sintomática. Tal tipo de razonamiento nace de la observación realizada por (Bollen y de Lennox, 1991) a propósito de que el análisis factorial no es un modelo estadístico apropiado para los inventarios de síntomas manifiestos. En esta línea de argumentación, la relativa inestabilidad factorial del SCL-90-R no sería un problema serio si se toma en cuenta el cúmulo de evidencia convergente, concurrente y predictiva que justifica su validez en múltiples ámbitos de aplicación.

En síntesis, la suma de estudios realizados hasta la fecha, utilizando variedad de diseños (experimentales y correlaciones) y técnicas analíticas (comparación de promedios, modelos de regresión lineal, modelos de regresión logística, análisis factoriales, modelos de respuesta al reactivo), han permitido acumular pruebas empíricas de la *validez para* una diversa gama de usos específicos del SCL-90-R. Una revisión parcial de esos estudios hasta la década recién pasada, puede consultarse en Derogatis (1994).

El SCL-90-R (Symptom Check List – 90) fue desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 reactivos que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones ( OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal ( SI)
- 4) Depresión ( DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica ( FOB)
- 8) Ideación paranoide ( PAR)
- 9) Psicoticismo ( PSIC).

- 1) Índice global de severidad ( IGS)
- 2) Índice positivo de Malestar ( PSDI)
- 3) Total de síntomas positivos ( TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los reactivos en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el de la administración del inventario. Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

### **LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.**

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

## **SOMATIZACIONES**

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

## **OBSESIONES Y COMPULSIONES**

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

## **SENSITIVIDAD INTERPERSONAL**

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

## **DEPRESIÓN**

Los reactivos que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas, Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico. Miedos.

## **HOSTILIDAD**

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

## **ANSIEDAD FÓBICA**

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

## **IDEACIÓN PARANOIDE**

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

## **PSICOTICISMO**

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

## **REACTIVOS ADICIONALES.**

El SCL-90-R incluye siete reactivos que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morirse

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

## **INDICES GLOBALES.**

**1) Índice de Severidad Global:** es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los reactivos adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas ( 90 si contestó a todas)

**2) Total de síntomas positivos (STP):** se estima contando el total de reactivos que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

**3) Índice de Malestar Positivo ( PSDI):** pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los reactivos por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. ( STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

## **Evaluación e interpretación del inventario.**

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada reactivo y dividir ese total por el número de reactivos respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

### **1) SOMATIZACIONES:**

1,4,12 , 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58, Total (dividir)

### **2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:**

3, 9, 10, 28,38, 45, 46, 51, 55, 65, Total (dividir)

### **3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:**

6, 21, 34, 36,37, 41, 61, 69,73 Total (dividir)

### **4) DEPRESIÓN:**

5 ,14, 15 , 20,22, 26, 29,30, 31,32,54,71,79, Total (dividir)

### **5) ANSIEDAD:**

2, 17, 23, 33, 39,57, 72, 78,80, 86, Total (dividir)

### **6) HOSTILIDAD:**

11, 24,63, 67, 74,81, Total (dividir)

### **7) ANSIEDAD FÓBICA:**



13, 25,47, 50, 75,82, Total (dividir)

### **8) IDEACIÓN PARANOIDE:**

8, 18, 43,68, 76, 83, Total (dividir)

### **9) PSICOTICISMO:**

7, 16, 35, 62, 77,84, 85, 87, 88, 90, Total (dividir)

## **Características Psicométricas**

### **Aplicación**

Para una correcta aplicación se necesitan instrucciones generales dadas de forma clara, no requiriendo más de cinco minutos la explicación inicial. Conviene que el examinador mantenga una distancia y actitud discreta mientras los sujetos responden el cuestionario el entrenamiento para la aplicación es sencilla, debiendo estar familiarizado con las escalas a fin de contestar adecuadamente las dudas del examinado.

### **Confiabilidad**

La consistencia interna del SCL-90-R, tanto para el total de la escala como para cada una de sus nueve dimensiones, ha generado valores entre 0.7 y 0.9 en distintas muestras (v. gr., estudiantes universitarios y pacientes con diagnóstico psiquiátrico, con enfermedades médicas como cáncer, dolor crónico, desorden temporomandibular, etc.);

- Somatización:0.85;
- Obsesiones/ Compulsiones: 0.85;
- Sensibilidad interpersonal: 0.81;
- Depresión: 0.88;

- Ansiedad: 0.77;
- Hostilidad: 0.74;
- Ansiedad fóbica: 0.73;
- Ideación paranoide: 0.74
- Psicoticismo: 0.83.

Aunque se conserva la tendencia general de cada dimensión, posee una consistencia interna óptima y reproducible en distintas latitudes lo cual puede hacer de este instrumento, al menos en términos de confiabilidad, una opción adecuada

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La presente investigación se suma a la necesidad de contribuir a la realización de estudios transculturales en localidades de habla hispana, en este caso en México, las cuales permitirán conocer mejor las propiedades psicométricas del SCL-90-R así como la expresión sintomatológica en nuestra población.

## **OBJETIVO**

Este trabajo tiene como objetivo general explorar la consistencia interna del SCL-90-R , sus propiedades psicométricas, en una muestra probabilística sujetos todos mexicanos universitarios con la intención a evaluar si los resultados coinciden con la estructura propuesta por Derogatis

## **Objetivos Específicos**

- Evaluar mediante la aplicación las propiedades psicométricas del del SCL-90-R para la estandarización en la población Mexicana

## **JUSTIFICACION**

Actualmente el LISTADO DE SINTOMAS SCL-90-R está disponible en más de 26 lenguas, habiéndose adaptado al español para distintos contextos iberoamericanos

(v. gr., Caparrós, Villar, Ferrer & Viñas, 2007; Cruz, López, Blas, González & Chávez, 2005; Gempp & Avendaño, 2008), y las características específicas del instrumento son ampliamente conocidas; en particular, Gempp y Avendaño (2008) han desarrollado una excelente descripción, por lo que será de utilidad validar el SCL-90-R para que pueda ser utilizado en México como herramienta de Auto diagnóstico Psicológico

## **HIPOTESIS**

El LISTADO DE SINTOMAS SCL-90-R podrá estandarizarse para la población Mexicana

## **DISEÑO**

Exposfacto de una Muestra accidental por cuota.

## **METODO**

### **PARTICIPANTES**

La muestra estuvo constituida por 1817 Sujetos universitarios, de las ciudades de Aguascalientes, Distrito Federal, Pachuca, Cd. Juárez y Mazatlán.

En general, la administración se realizó en horario de clases, con autorización previa de los profesores respectivos. Los estudiantes fueron invitados a participar voluntariamente y se les garantizó el anonimato de sus respuestas, toda vez que el cuadernillo no solicitaba identificación personal alguna. Las instrucciones fueron dadas oralmente, en forma colectiva. Cada sesión de aplicación duró entre 20 y 30 minutos y se presentaron pocas dudas sobre los instrumentos. No se entregó ningún tipo de remuneración o compensación a los participantes por su colaboración.

## **INSTRUMENTO**

Se Opto por hacer nuestra propia traducción al español del instrumento ya que dentro de los antecedentes de investigación se encontró un estudio en México en el cual se utilizo una versión en español del SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres (Lara Muñoz Espinosa De Santillana 2005), la cual el numero de sujetos que integra la muestra es solo mujeres de las cuales solo 96 fueron identificadas como pertenecientes a la comunidad de un total de 289 que la conformaron, así mismo entendemos que no se trata de la última versión que propone Derogatis (SCL-90-R)

El listado de Síntomas SCL- 90- R (Derogatis,1983); Se trata de un cuestionario de evaluación psicopatológica general. Valora el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Se compone de 90 reactivos que deben ser puntuados sobre una escala con 5 opciones de respuesta en función de la intensidad del síntoma. Se evalúan nueve dimensiones primarias: Somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad

fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, se aportan tres índices globales que muestran el nivel de gravedad global del individuo: el índice de gravedad global (IGS), el índice de malestar positivo (PSDI) y el total de síntomas positivos (TP).

## **PROCEDIMIENTO**

Se visitaron diferentes escuelas en las ciudades de Aguascalientes, Distrito Federal, Pachuca, Cd. Juárez y Mazatlán.

Un investigador permaneció en el aula durante la aplicación del cuestionario

Se aplicó el *Listado de Síntomas SCL- 90- R* a 1817 sujetos (estudiantes y conocidos), se les invitándolos a colaborar informándoles que su participación sería voluntaria y que los datos obtenidos serían tratados en forma confidencial.

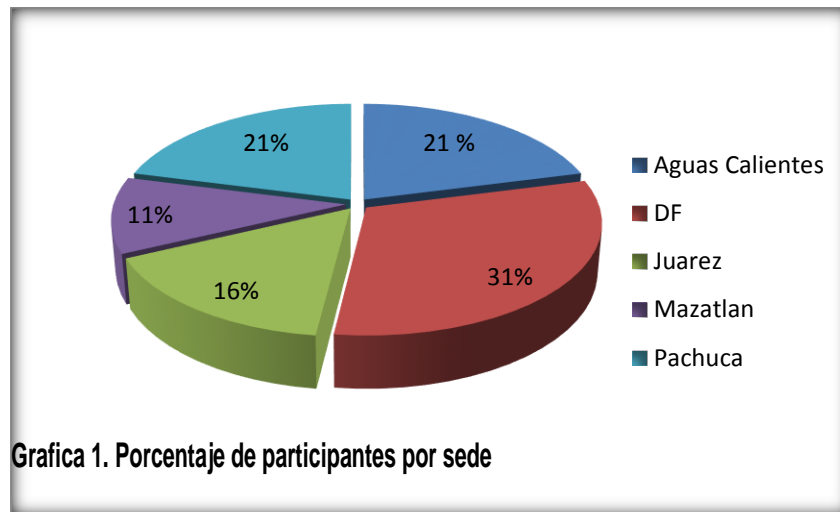
La aplicación se realizó de forma colectiva durante el tiempo de clase y directamente en las aulas. Afín de resolver dudas y vigilar el proceso de campo,

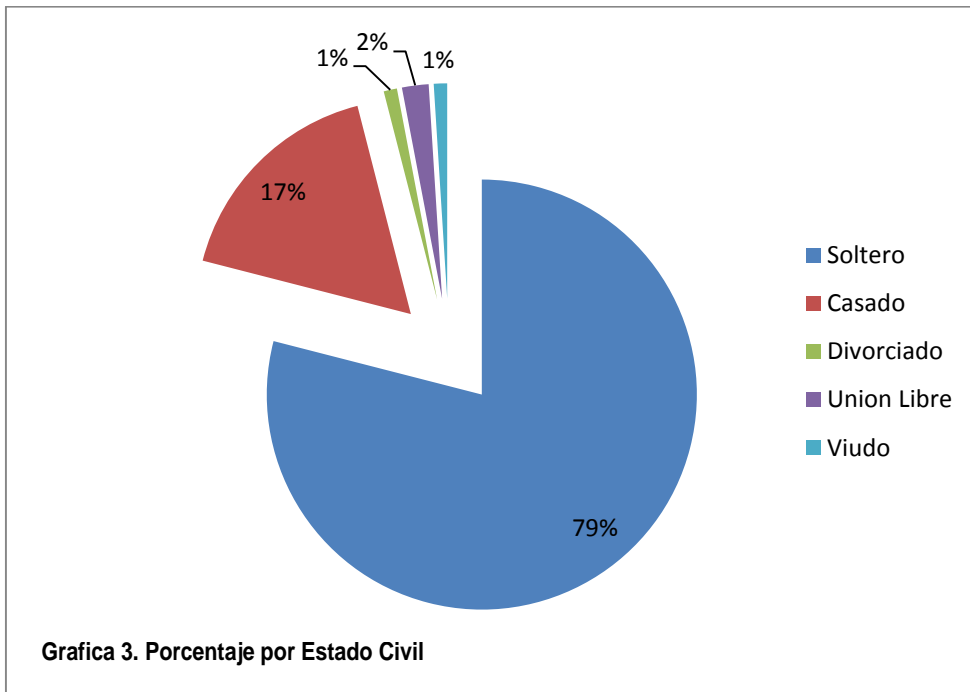
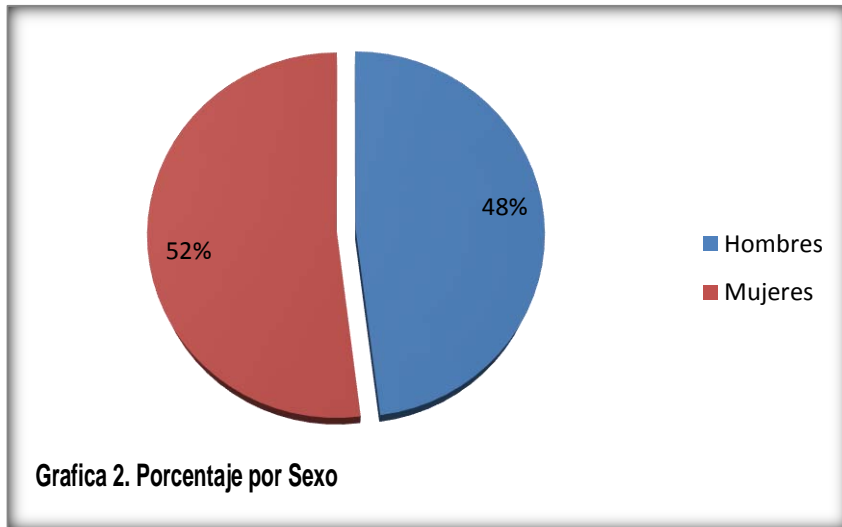
Al finalizar se recogió el instrumento y se les agradeció por su colaboración.

## RESULTADOS

Para el análisis de resultados se utilizaron 1817 cuestionarios, con el fin de evaluar si se cumplía el objetivo de este estudio se empleo el paquete estadístico SPSS.

A continuación se muestran las características socio demográficas.





Se analizo la capacidad discriminativa de cada reactivo mediante la prueba t. La confiabilidad de cada escala y reactivo se calculo por consistencia interna con Alfa de Cronbach; por último se llevo a cabo el análisis factorial exploratorio para detectar los reactivos que no correlacionan con el grupo de reactivos pertenecientes a un mismo factor.

### **Capacidad Discriminativa de los Reactivos.**

Todos aquellos reactivos que aparecen en negritas no alcanzaron significancia discriminativa; se resaltan para su fácil Identificación.

#### Escalas de Validez

Tabla 1. Prueba de muestras Independientes Somatización			
<b>Reactivo</b>	<b>T</b>	<b>GL</b>	<b>p</b>
<b>SCL1</b>	-26.408	751	.000
<b>SCL4</b>	-26.906	751	.000
<b>SCL12</b>	-28.706	751	.000
<b>SCL27</b>	-30.821	751	.000
<b>SCL40</b>	-33.423	751	.000
<b>SCL42</b>	-35.448	751	.000
<b>SCL48</b>	-26.577	751	.000
<b>SCL49</b>	-31.817	751	.000
<b>SCL52</b>	-32.959	751	.000
<b>SCL53</b>	-30.176	751	.000
<b>SCL56</b>	-35.273	751	.000
<b>SCL58</b>	-37.237	751	.000



Tabla 2. Prueba de muestras Independientes Obsesiones y Compulsiones			
<b>Reactivo</b>	<b>T</b>	<b>GL</b>	<b>P</b>
SCL3	-29.634	732	.000
SCL9	-33.349	732	.000
SCL10	-31.131	732	.000
SCL28	-31.666	732	.000
SCL38	-29.595	732	.000
SCL45	-36.621	732	.000
SCL46	-39.315	732	.000
SCL51	-19.693	732	.000
SCL55	-40.228	732	.000
SCL65	-23.268	732	.000

Tabla 3. Prueba de Muestras Independientes Sensitividad Interpersonal			
<b>Reactivo</b>	<b>T</b>	<b>GL</b>	<b>p</b>
SCL6	-27.010	834	.000
SCL21	-27.583	834	.000
SCL34	-40.849	834	.000
SCL36	-39.050	834	.000
SCL37	-35.235	834	.000
SCL41	-28.807	834	.000
SCL61	-35.069	834	.000
SCL69	-32.364	834	.000
SCL73	-23.589	834	.000

Tabla 4. Prueba de Muestras Independiente Depresión Varianzas			
Reactivo	T	GL	p
SCL5	-18.682	827	.000
SCL14	-37.277	827	.000
SCL15	-21.644	827	.000
SCL20	-32.506	827	.000
SCL22	-24.623	827	.000
SCL26	-29.455	827	.000
SCL29	-45.378	827	.000
SCL30	-49.303	827	.000
SCL31	-41.880	827	.000
SCL32	-31.877	827	.000
SCL54	-40.980	827	.000
SCL71	-25.938	827	.000
SCL79	-31.094	827	.000

Tabla 5. Prueba de Muestras Independientes Ansiedad			
Reactivo	T	GL	p
SCL2	-38.353	826	.000
SCL17	-23.015	826	.000
SCL23	-36.029	826	.000
SCL33	-35.152	826	.000
SCL39	-30.773	826	.000
SCL57	-44.261	826	.000
SCL72	-25.779	826	.000
SCL78	-35.994	826	.000
SCL80	-38.185	826	.000
SCL86	-26.053	826	.000

Tabla 6. Prueba de Muestras Independientes Hostilidad			
Reactivo	T	GL	<i>p</i>
SCL11	-40.837	850	.000
SCL24	-34.890	850	.000
SCL63	-37.734	850	.000
SCL67	-35.181	850	.000
SCL74	-36.895	850	.000
SCL81	-30.996	850	.000

Tabla 7. Prueba de Muestras Independientes Ansiedad Fóbica			
Reactivo	T	GL	<i>p</i>
SCL13	-32.731	1000	.000
SCL25	-31.240	1000	.000
SCL47	-28.883	1000	.000
SCL50	-34.534	1000	.000
SCL75	-31.812	1000	.000
SCL82	-28.468	1000	.000

Tabla 8. Prueba de Muestras Independientes Ideación Paranoide			
Reactivo	T	GL	<i>p</i>
SCL8	-23.800	815	.000
SCL18	-36.968	815	.000
SCL43	-34.497	815	.000
SCL68	-34.019	815	.000
SCL76	-39.723	815	.000
SCL83	-35.332	815	.000

Tabla 9. Prueba de Muestras Independientes Psicoticismo			
<b>Reactivo</b>	<b>T</b>	<b>GL</b>	<b>p</b>
SCL7	-23.619	904	.000
SCL16	-16.174	904	.000
SCL35	-33.613	904	.000
SCL62	-27.915	904	.000
SCL77	-37.592	904	.000
SCL84	-30.112	904	.000
SCL85	-24.571	904	.000
SCL87	-32.224	904	.000
SCL88	-30.453	904	.000
SCL 90	-35.743	904	.000

## CONFIABILIDAD

Se realizó la prueba de confiabilidad por consistencia interna (Alfa de Cronbach) Obteniendo los siguientes valores para cada una de las escalas

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL1	9.78	71.472	.463	.898
SCL4	10.42	70.239	.569	.893
SCL12	10.29	69.438	.557	.894
SCL27	10.15	68.796	.556	.894
SCL40	10.18	67.794	.630	.890
SCL42	10.03	67.571	.637	.890
SCL48	10.56	69.907	.611	.891
SCL49	10.41	67.763	.671	.888
SCL52	10.26	67.702	.646	.889
SCL53	10.29	68.359	.636	.890
SCL56	10.27	66.738	.700	.886
SCL58	10.31	66.351	.715	.885

- La escala de Somatización obtuvo un alfa de Crombach igual a .89

Tabla 11				
Estadísticos de Alfa de Cronbach Obsesiones y Compulsiones				
	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL3	9.29	47.617	.547	.844
SCL9	9.18	47.642	.543	.844
SCL10	9.18	48.448	.468	.851
SCL28	9.58	47.565	.597	.839
SCL38	9.34	48.466	.513	.846
SCL45	9.46	45.930	.671	.833
SCL46	9.34	45.871	.655	.834
SCL51	9.95	50.979	.472	.850
SCL55	9.29	46.306	.626	.837
SCL65	9.80	49.144	.522	.846

- La escala de Obsesiones y Compulsiones obtuvo un alfa de Cronbach igual a .84

Tabla 12. Estadísticos de Alfa de Crombach Sensitividad Interpersonal				
	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL6	6.69	41.378	.392	.870
SCL21	7.20	40.254	.534	.857
SCL34	6.75	37.363	.610	.850
SCL36	6.94	37.377	.678	.843
SCL37	7.00	37.692	.668	.844
SCL41	7.25	39.443	.619	.849
SCL61	6.99	37.682	.659	.845
SCL69	7.09	38.136	.663	.845
SCL73	7.37	40.616	.560	.855

- La escala de Sensitividad Interpersonal obtuvo un alfa de Crombach igual a .86

Tabla 13. Estadísticos de Alfa de Crombach Depresión

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL5	11.42	90.916	.458	.901
SCL14	10.76	85.898	.616	.894
SCL15	11.57	91.138	.538	.898
SCL20	11.05	87.811	.529	.898
SCL22	11.43	88.858	.592	.896
SCL26	11.30	87.388	.631	.894
SCL29	11.04	83.561	.724	.889
SCL30	10.87	83.412	.755	.888
SCL31	10.43	84.784	.603	.895
SCL32	11.06	86.790	.616	.894
SCL54	10.96	84.528	.656	.892
SCL71	11.06	88.097	.542	.898
SCL79	11.37	86.613	.676	.892

- La escala de Depresión obtuvo un alfa de Crombach igual a .90



Tabla 14. Estadísticos de Alfa de Crombach Hostilidad

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL2	7.01	50.122	.625	.889
SCL17	7.92	53.261	.555	.893
SCL23	7.74	49.197	.719	.883
SCL33	7.65	49.731	.688	.885
SCL39	7.62	51.095	.620	.889
SCL57	7.33	48.832	.682	.885
SCL72	8.00	51.763	.664	.887
SCL78	7.65	49.900	.645	.888
SCL80	7.44	49.854	.645	.888
SCL86	7.91	52.099	.613	.890

- La escala de Hostilidad obtuvo un alfa de Crombach igual a .84

Tabla 15. Estadísticos de Alfa de Crombach Hostilidad

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL11	3.83	18.529	.546	.834
SCL24	4.51	18.066	.661	.809
SCL63	4.54	18.184	.664	.809
SCL67	4.50	18.232	.632	.815
SCL74	4.38	18.576	.621	.817
SCL81	4.71	19.431	.617	.819

- La escala de Hostilidad Fóbica obtuvo un alfa de Crombach igual a .82

Tabla 16. Estadísticos de Alfa de Crombach Ansiedad Fóbica

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL13	2.91	14.220	.644	.790
SCL25	2.96	14.140	.675	.784
SCL47	2.93	14.264	.605	.798
SCL50	2.79	13.693	.637	.791
SCL75	2.87	14.304	.592	.801
SCL82	2.85	15.105	.443	.832

- La escala de Ansiedad Fóbica obtuvo un alfa de Crombach igual a .79

Tabla 17. Estadísticos de Alfa de Crombach Ideación Paranoide

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL8	4.72	17.518	.418	.786
SCL18	4.20	15.501	.508	.769
SCL43	4.40	15.239	.591	.749
SCL68	4.35	15.218	.542	.760
SCL76	4.29	14.852	.587	.749
SCL83	4.49	14.959	.617	.742

- La escala de Ideación Paranoide obtuvo un alfa de Crombach igual a .7

Tabla 18. Estadísticos de Alfa de Crombach Psicotismo

	Escala si se Elimina el Elemento	Varianza de la Escala si se Elimina el Elemento	Correlación del Elemento total Corregido	Alfa de Cronbach si se elimina el Elemento
SCL7	5.65	36.963	.474	.842
SCL16	5.92	38.796	.412	.847
SCL35	5.50	34.671	.612	.830
SCL62	5.61	35.102	.572	.834
SCL77	5.42	33.460	.631	.828
SCL84	5.48	35.324	.527	.838
SCL85	5.74	36.214	.536	.837
SCL87	5.35	34.799	.525	.839
SCL88	5.50	34.925	.558	.835
SCL90	5.46	32.970	.652	.826

- La escala de Psicotismo obtuvo un alfa de Crombach igual a .85

## ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO.

Como lo establece el Análisis Factorial Exploratorio, el valor de KMO debe estar entre 0 y 1 y ser significativo, mientras más alto mejor para poder hacer un análisis factorial adecuado, busca reducir la dimensionalidad de los datos, agrupando los reactivos que tienen carga factorial igual o mayor a .40

### Somatización.

El valor de KMO para esta escala es de .94 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

Tabla 19. Análisis de Varianza Total						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	5.721	47.678	47.678	5.217	43.474	43.474
2	.900	7.498	55.176	.542	4.516	47.990
3	.839	6.994	62.170	.339	2.829	50.819
4	.666	5.551	67.720	.242	2.020	52.839
5	.625	5.206	72.927	.148	1.229	54.068

<b>Tabla 20. Matriz de Factores Rotados</b>					
	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL58	.687				
SCL56	.632				
SCL52	.519				
SCL4		.594			
SCL1		.463			
SCL40		.453			
SCL48			.699		
SCL12			.470		
SCL49			.464		
SCL42				.795	
SCL53	.424				.454

## Obsesiones y Compulsiones

El valor de KMO para esta escala es de .90 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

Tabla 21. Análisis de Varianza Total						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	4.390	43.902	43.902	3.103	31.034	31.034
2	.948	9.480	53.382	.609	6.092	37.127
3	.811	8.115	61.497	1.448	14.483	51.610
4	.694	6.945	68.442	.323	3.230	54.839
5	.667	6.671	75.113	.186	1.861	56.701



**Tabla 22. Matriz de Factores Rotados**

	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL9	.772				
SCL55	.463				
SCL10	.400				
SCL45		.889			
SCL3			.658		
SCL28			.415		
SCL65				.933	
SCL46					.511

### Sensitividad Interpersonal.

El valor de KMO para esta escala es de .91 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 23. Análisis de Varianza Total</b>						
Fact or	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulati vo %	Total	% de Varianza	Acumulativ o %
1	4.399	48.878	48.878	3.973	44.140	44.140
2	.866	9.618	58.496	.414	4.595	48.735
3	.760	8.439	66.935	.382	4.248	52.983
4	.631	7.011	73.947	.293	3.251	56.234
5	.598	6.646	80.593	.152	1.694	57.928

**Tabla 24. Matriz de Factores Rotados**

	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL37	.816				
SCL36	.529				
SCL73		.469			
SCL34			.767		
SCL41				.737	
SCL21					.613

## DEPRESIÓN.

El valor de KMO para esta escala es de .94 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 25. Análisis de Varianza Total</b>						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	6.049	46.532	46.532	5.353	41.173	41.173
2	.956	7.350	53.883	.694	5.341	46.514
3	.869	6.688	60.571	.424	3.265	49.779
4	.689	5.301	65.871	.329	2.527	52.307
5	.672	5.171	71.042	.175	1.345	53.652

**Tabla 26. Matriz de Factores Rotados**

	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL30	.763				
SCL29	.647				
SCL20	.513				
SCL71		.494			
SCL54		.489			
SCL14		.467			
SCL79			.819		
SCL22				.655	
SCL32					.539

## Ansiedad.

El valor de KMO para esta escala es de .93 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 27. Análisis de Varianza Total</b>						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	5.233	52.331	52.331	3.131	31.310	31.310
2	.790	7.895	60.226	1.386	13.856	45.167
3	.702	7.015	67.241	1.294	12.940	58.107
4	.579	5.793	73.035	.298	2.977	61.084
5	.533	5.329	78.364	.179	1.786	62.870

**Tabla 28. Matriz de Factores Rotados**

	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL57	.775				
SCL2	.530				
SCL80		.599			
SCL86		.526			
SCL23		.453			
SCL72			.886		
SCL33				.867	
SCL17					.514
SCL39					.405

## Hostilidad

El valor de KMO para esta escala es de .85 lo cual indica que el puntaje es suficiente para un análisis factorial es adecuado

Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	3.382	56.373	56.373	2.932	48.870	48.870
2	.790	13.163	69.537	.347	5.789	54.659

	Factor	
	1	2
SCL67	.772	
SCL63	.672	
SCL81	.562	
SCL24		.693
SCL11		.643
SCL74		.568



### Ansiedad Fóbica.

El valor de KMO para esta es cala es de .87 lo cual indica que es suficiente para un análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 31. Análisis de Varianza Total</b>						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulado %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	3.263	54.390	54.390	3.263	54.390	54.390
2	.745	12.411	66.802	.745	12.411	66.802
3	.581	9.689	76.491	.581	9.689	76.491
4	.540	9.008	85.499	.540	9.008	85.499
5	.480	8.003	93.501	.480	8.003	93.501

<b>Tabla 32. Matriz de Factores Rotados</b>					
	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL13	.866				
SCL25	.751				
SCL75		.918			
SCL82			.962		
SCL50				.899	
SCL47					.912

### Ideación Paranoide.

El valor de KMO para esta es cala es de .84 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 33. Análisis de Varianza Total</b>						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	2.948	49.141	49.141	2.148	35.793	35.793
2	.785	13.082	62.223	.794	13.234	49.027

<b>Tabla 34. De Matriz de los Factores Rotados</b>		
	Factor	
	1	2
SCL76	.728	
SCL43	.626	
SCL83	.612	
SCL68	.579	
SCL8	.411	
SCL18		.890

## ESCALA DE PSICOTICISMO

El valor de KMO para esta escala es de .84 lo cual indica que el análisis factorial es adecuado

<b>Tabla 35. Análisis de Varianza Total</b>						
Factor	Valores Propios Iniciales			Suma de Extracción de Cuadrados		
	Total	% de Varianza	Acumulativo %	Total	% de Varianza	Acumulativo %
1	4.271	42.706	42.706	2.629	26.285	26.285
2	1.024	10.241	52.948	1.638	16.378	42.663
3	.778	7.782	60.729	.557	5.572	48.235
4	.755	7.551	68.280	.321	3.206	51.441
5	.670	6.698	74.978	.167	1.673	53.114

Tabla 36. Matriz de Factores Rotados					
	Factor				
	1	2	3	4	5
SCL35	.625				
SCL62	.576				
SCL7	.521				
SCL90		.898			
SCL88			.794		
SCL85				.628	
SCL84				.496	
SCL16					.482

<b>Tabla 37. Análisis Factorial Exploratorio Global</b>				
		<b>SCL-90 Análisis Factorial Exploratorio</b>		
<b>Escalas</b>	<b>Reactivos originales</b>	<b>84</b>	<b>Reactivos que se conservan</b>	<b>69</b>
Somatizaciones. (SOM)	1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58.	13	1,4,12,40,42,48,49,52,53,56,58.	11
Obsesiones y compulsiones. (OBS)	3,9,10,28,38,45,46,51,56,65.	10	3,9,10,28,45,46,56,65.	8
Sensitividad Interpersonal. (SI)	6,21,34,36,37,41,61,69,73.	9	21,34,36,37,41,73.	6
Depresión. (DEP)	5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79.	14	14,20,22,29,30,32,54,71,79.	9
Ansiedad. (ANS)	2,17,23,33,39,57,72,78,80,86.	10	2,17,23,33,39,57,72,80,86.	9
Hostilidad. (HOS)	11,24,63,67,74,81.	6	11,24,63,67,74,81.	6
Ansiedad Fóbica. (FOB)	13,25,47,50,75,82.	6	13,25,47,50,75,82.	6
Ideación Paranoide. (PAR)	8,18,43,68,76,83.	6	8,18,43,68,76,83.	6
Psicoticismo. (PSIC)	7,16,35,62,77,84,85,87,88,90.	10	7,16,35,62,84,85,88,90.	8

- A partir del análisis Factorial Exploratorio, el instrumento solo conserva 69 reactivos.

## DISCUSION

Los resultados presentados indican que el SCL-90-R exhibe un desempeño psicométrico aceptable, y dentro de los cánones habituales para un auto informe psicopatológico cuando es aplicado a población universitaria no consultante. Dado que los resultados de este estudio son básicamente descriptivos, dedicaremos este apartado a comentar brevemente los hallazgos que, merecen mayor investigación, y sugerir algunas guías para el uso de estos datos normativos.

Por simplicidad, los aspectos que requieren la atención de futuras investigaciones pueden agruparse en tres áreas: validez, características métricas y desempeño en otras poblaciones.

Respecto a la validez, los resultados aquí presentados aportan evidencia indirecta y parcial sobre la *validez de constructo* del instrumento, tal como ésta es definida en la última versión de los *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME; 1999). Los promedios de adhesión de los ítems son consistentes con el patrón esperado para síntomas psicológicos medidos en población general. Al mismo tiempo, la estructura factorial (i.e., *validez factorial*), evaluada, resulta congruente con la hipotetizada, mientras que el nivel de escalabilidad de las respuestas también es equivalente a la encontrada en otros estudios (Olsen, et al., 2004; Schmitz et al., 2000). Además, y tal como se esperaba teóricamente, no se observan diferencias en los niveles de sintomatología entre ciudades.

La validez de un inventario no puede considerarse satisfactoria hasta que se evalúen los diferentes grados de equivalencia transcultural que pueden existir entre la versión adaptada y la versión original del instrumento (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005). Sólo una vez garantizada una *validez transcultural* aceptable se pueden extrapolar al nuevo contexto las conclusiones obtenidas en la cultura de origen, a partir de la versión original. En el presente caso, para que el cúmulo de antecedentes que respalda la validez del SCL-90-R original pueda aplicarse a la versión adaptada presentada en este trabajo, primero es necesario esclarecer qué tan equivalente resulta la versión Mexicana con la norteamericana. Si la equivalencia es elevada (*alta validez transcultural*), los hallazgos sobre validez obtenidos con la versión original pueden extenderse directamente a la versión local, sin necesidad de replicar los estudios o hacer nuevas investigaciones. Si, por el contrario, la equivalencia es limitada (*baja validez transcultural*), los resultados originales no serán directamente aplicables a la versión adaptada, obligando a: (a) realizar estudios de validación en el contexto local, y (b) precisar si la falta de equivalencia obedece a diferencias transculturales de la población evaluada o a fallas técnicas en el proceso de adaptación del instrumento. Todo lo anterior advierte sobre la necesidad de evaluar la *validez transcultural* de esta versión, por ejemplo, comparando los indicadores psicométricos de la adaptación y de la versión original, en muestras teóricamente comparables (muestras universitarias evaluadas con el SCL-90-R original o muestras universitarias evaluadas con otras adaptaciones al español ).



En suma, los resultados de este estudio son promisorios en cuanto a la validez del SCL-90-R adaptado, pero aún es necesario explorar la validez transcultural de esta versión. Este punto es crítico porque permitiría extrapolar la evidencia de validez obtenida en estudios internacionales.

Además de la validez, otra área que podría beneficiarse con una exploración exhaustiva en futuras investigaciones se refiere a las características métricas del instrumento; específicamente, las referidas a la escala de respuesta. Aunque el formato graduado es ampliamente utilizado en psicología, en general, y en las escalas clínicas, en particular, se ha demostrado que la puntuación total calculada por sumatoria simple de los ítems no siempre representa apropiadamente el nivel de rasgo latente en el caso de los ítems ordinales (van der Ark, 2005). Este resultado es sensible a la asimetría de las distribuciones de respuesta y podría ocasionar distorsiones en el desempeño psicométrico del instrumento (ver, por ejemplo, Gelin & Zumbo, 2003). En los presentes resultados, los valores del coeficiente de escalabilidad (H de Loevinger) inducen a sospechar que no todas las alternativas de respuesta discriminan en forma óptima, especialmente en el caso de las dimensiones de *Ansiedad Fóbica* y *Psi-coticismo*, cuyos ítems corresponden a síntomas de baja prevalencia en población no clínica. Por ello es deseable explorar el efecto de utilizar puntuaciones dicotómicas (ausencia/presencia del síntoma) sobre la calidad métrica de los ítems y la validez del instrumento.

Un tercer punto que resulta necesario abordar en próximas investigaciones es la evaluación del desempeño psicométrico de esta versión en muestras equivalentes de estudiantes universitarios, para establecer el grado de generalización y estabilidad de los resultados aquí presentados.

Para terminar, hasta no acumular más evidencia sobre la validez de esta versión, estas normas sólo pueden considerarse preliminares y no deberían emplearse para formular conclusiones diagnósticas individuales en caso que el SCL-90-R haya sido el único instrumento aplicado.

## CONCLUSIONES

Esta escala calculada por el método de Cronbach en su versión original fue adecuada para todas las sub escalas. Los datos de confiabilidad de las nueve dimensiones sintomáticas se parecen a la descrita por Derogatis, con valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna indican que los reactivos de cada dimensión son altamente homogéneos.

### VALIDEZ

La validez presenta divergencias en función de la muestra estudiada. Los factores no son del todo independientes puesto que hay significativas correlaciones entre las dimensiones. En los estudios de Derogatis se encuentra una consistencia factorial en las nueve dimensiones sintomáticas, lo que obliga a ser prudente en la utilización de las escalas específicas.

### ANALISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

El instrumento al ser sometido a este análisis solo conservo 69 reactivos

### INDICES GLOBALES

Debido a la pérdida de 21 Reactivos por el Análisis Factorial Exploratorio no fue posible evaluar la validez y consistencia de estos Índices como lo indica el procedimiento.

A pesar de las limitaciones de este estudio como son:

- Algunos problemas de traducción al español
- Que algunos reactivos son poco concretos en lenguaje no definido por lo que pueden ser interpretados de diferentes modos.
- Algunos reactivos correlacionan bien con la dimensión implicada, otros pueden estar asociados a la misma
- Hay reactivos que pueden ir asociados empíricamente a más de una dimensión.
- Que 13 reactivos no caen en ninguna de las subescalas

En general este instrumento tiene capacidad de screening (tal como lo propone Derogatis 1983) y presenta una estructura que permite su utilización en la población Mexicana como:

- Como instrumento de evaluación de perfil de psicopatología o herramienta en la diferenciación de falsos positivos y falsos negativos.
- Instrumento para medir el Grado de Distress psicológico.
- Como Instrumento de Medición de Cambio, Descriptivos, Comparativos, incluso en los de intervención
- Se puede utilizar en cualquier tipo de investigación como medida general de síntomas psiquiátricos, o Método de evaluación de psicopatología general

Con posterioridad, se sugiere una versión revisada y depurada (69 Reactivos), Análisis psicométricos más complejos, que demuestren el funcionamiento idóneo del inventario.

La experiencia clínica no puede ser substituida sin embargo está claro que contar con este tipo de instrumentos permite la optimización de recursos.

## REFERENCIAS

- Back, S.E., B.S., Coffey, S.F., Saladin, M.E., Sonne, S.C. & Brandy, K.T. (2000). Cocaine dependence with and without posttraumatic stress disorder. A comparison of substance use trauma history, and psychiatric comorbidity. *American Journal on Addictions*
- Bech, R., Malt, U. E., Dencker, S. J., Ahlfors, U. G., Elgen, K., Lewander, T., Lundell, A., Simpson, G. M. & Lingjaerde, O. (1993). Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, (Suppl. 372), 45-46.
- Beck, A., Rush, J., Saw, Emery, G. & Gary. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Bollen, K. A. & Lennox, R. (1991). Conventional wisdom of measurement: A structural equating perspective. *Psychological Bulletin*, 110, 305-314
- Bonicatto, S., Dew, M. A., Soria, J. J. & Seghezso, M. E. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist '90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 332-338.
- Bonyng, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. *Journal of Clinical Psychology* 49, 212-215.
- Bulik, C. M., Carpenter, L. L., Kupfer, D. J. & Frank, E. (1990). Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *Journal of Affective Disorders*, 18, 29-37.

- Buller, R., Maier, W. & Benkert, O. (1986). Clinical subtypes in panic disorder: Their descriptive and prospective validity *Journal of Affective Disorders*, 11, 105-114.
- Cameron, O. G., Thyer, B. A., Nesse, R. M. & Curtis, G. C. (1986). Symptom profiles of patients with DMS-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143 (9), 1132-1137.
- Caparros-Caparros, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: habilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 7(3), 781-794.
- Carpenter, K. M. & Hittner, J. B. (1995). Dimensional characteristics of the SCL-90-R: evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 383-390.
- Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes. *Psykhé*, 10(1), 155-162.
- Coffey, P, Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. & Bennett, R. T. (1996). The relation between methods of coping during adulthood with a history of childhood sexual abuse and current psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1090-1093.
- Coles, M.E. Turk. C. L. & R.G. (2007). Memory bias for threat in generalized anxiety disorder: the potential importance of stimulus relevance. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(2) 65-73

- Cruz, C. S., López, L., Blas, C, González, L. & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1), 72-81.
- Cyr, J. X, McKenna-Foley, J. M. & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: is there one? *Journal of Personality Assessment*, 49, 571-578
- Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., Saunders, W .B. & Smith, R. D. (1990). Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31 (2), 162-170
- De Jonghe, F, Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. & Peen, J. (2001). Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 64, 217-229.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P (1977a). Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Derogatis, L. R. & Cleary, P (1977b). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensión of the SCL-90. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- Derogatis, L. R. & Coons, H. L. (1993). Self-report measures of stress. En L. Goldberg & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress*(2n ed.). New York: The Free Press.
- Derogatis, L. R. & DellaPietra, L. (1994). Psychological tests in screening for psychiatric disorder. In M. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing*



*for treatment planning and outcome assessment.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13* (3),595-605.

Derogatis, L. R. & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.),*Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual* (Third Edition). Minneapolis: National Computer Systems.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report.*Psychopharmacology Bulletin, 9* (1), 13-27.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science, 19*, 1-15.

Derogatis, L. R., Meyer, J. K. & King, K. M. (1981). Psychopathology in individuals with sexual dysfunction. *American Journal of Psychiatry, 138* (6), 757-763.

Derogatis, L. R., Rickels, K. & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale.*British Journal of Psychiatry, 128*, 280-289.

- Deschênes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K. & Koerner, N. (2012). The role of
- Dickson, L. R., Hays, L. R., Kaplan, C, Shelr, E., Abbott, S. & Schmitt, F. (1992).  
Psychological profile of somatizing patients attending the integrative  
clinic. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 22(2), 141-153
- Durand.V.M, & Barlow. D.H. (2007) Psicopatología. Un enfoque integral de la  
psicología anormal Mexico: Thomson.
- Florkowski, C. M., Stevens, I., Joyce, P, Espiner, E. A. & Donald, R. A. (1998).  
Growth hormone replacement does not improve psychological well-being in  
adult hypopituitarism: a randomized crossover  
trial. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 57-63.
- Garcia Campayo J, Sanz Carrillo C. (2001) Scan in Somatization Disorders  
Patients: an exploratory study of eleven cases. *Austr NZ J Psychiatry*. 35,  
359.
- Gelin, M. N. & Zumbo, B. D. (2003). Differential item Functioning results may  
change depending on how an item is scored: An illustration with the Center  
for Epidemiologic Studies Depression Scale. *Educational and Psychological  
Measurement*, 63 (1), 65-74.
- Gempp Fuente Alba, René y Avendaño Bravo, Cecilia. Datos Normativos (2008)  
Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios  
Chilenos.
- Hafkenscheid, A. (1993). Psychometric evaluation of the Symptom Checklist in  
psychiatric inpatients. *Personality and Individual Differences*, 14, 151-156.

- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Hart, K. M., Bryer, J. B. & Martines, K.A. (1991). SCL-90-R symptom pattern for adolescents psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 56(1), 168-178.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress
- Heiman, J. R. & Rowlands, D. L. (1983). Affective and physiological sexual response patterns: The effects of instructions on sexually functional and dysfunctional men. *Journal of Psychosocial Research*, 27 (2), 105-116.
- Hoffman, N. G. & Overall, P. B. (1978). Factor structure of the SCL-90 in a psychiatric population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1187-1191.
- Holcomb, W. R., Adams, N. A. & Ponder, H. M. (1983). Factor structure of the symptom checklist-90 with acute psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 535-538.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R. & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 42-46.
- Holland, J. C, Morrow, G. R., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S., Carpenter, P. J., Breitbart, W. & Feldstein, M. A. (1991). A randomized clinical trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1004-1011

- Johnson, M. E., Brems, C. & Fisher, D. G. (1996). Self-reported levels of psychopathology and drug abusers no currently in treatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18, 21-34.
- Kellner, R., Hernández, J. & Pathak, D. (1992). Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety and somatization. *British Journal of Psychiatry*, 160, 525-532.
- Koeter, M. W. J. (1992). Validity of the GHQ and SCL anxiety and depression scales: a comparative study. *Journal of Affective Disorders*, 24, 271-280.
- Lara Muñoz, Carmen; Espinosa de Santillana, Irene, Cárdenas, Ma. De la Luz; Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*. Vol. 28 num.3 junio, 2005
- Lucht, M., Jahn, U., Barnow, S. & Freyberger, H. J. (2002). The use of a Symptom Checklist (SCL-90-R) as an easy method to estimate the relapse risk after alcoholism detoxification. *European Addiction Research*, 8, 190-194
- McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Costa, P. T, Bond, M. H., & Paunonen, S. V. (1996). Evaluating replicability of factors in the Revised NEO Personality Inventory: confirmatory factor analysis versus Procrustes rotation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 552-566.
- McNair, D. (1974). Self-evaluations of anti depressants. *Psychopharmacology*, 37,281-302.
- Mikkelsen,E.G.& Einarsen.S. (2002).Relationships and psychosomatic health complaints: The role of state negative affectivity and generalized selfefficacy. *Scandinavian Journal of Psychology* 43(5) 397-405

- Morgan, C. D., Wiederman, M. W. & Magnus, R. D. (1998). Discriminant validity of the SCL-90 dimensions of anxiety and depression. *Assessment*, 5, 197-201.
- Moulding R., Kyrios M., Doron. G., & Nedeljkovic.M. (2009) Mediated and Direct effects of General Control Beliefs on Obsessive Compulsive Symptoms. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(2), 84-92
- National Computer Systems. (1993). *SCL-90-R bibliography*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L. & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90 -R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (3), 225-229
- Pañi, P. P, Maremmani, I., Pirastu, R., Tagliamonte, A. & Gessa, G. L. (2000). Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence. *Drug & Alcohol Dependence*, 60, 39-50.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C. & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111 (5), 343-352.
- Popovici, Z., Lazarescu, M., Ienciu, M., Bredicean, C., Giurgi, O. C., Baranescu,(2012). Schizophrenia Spectrum Disorders, Similarities and Differences of Social Cognition. *Acta Medica Marisiensis*, 45,47,58.
- Primeau, F., Fontaine, R. & Beauclair, L. (1990). Valproic acid and panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry -Revue Canadienne de Psychiatrie*, 35, 248-250.

- Prusoff, B. A., Weissman, M. M., Klerman, G. L. & Rousanville, B. J. (1980). Research diagnostic criteria subtypes of depression: Their role as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 796-801
- Rief, W. & Fichter, M. (1992). The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders and anorexia nervosa. *Psychopathology*, 25, 128-138.
- Rosenberg, R., Bech, P, Mellegard, M. & Ottosson, J. O. (1991). Secondary depression in panic disorder: An indicator of severity with a weak effect on outcome in alprazolam and imipramine treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (Suppl. 365), 39-45.
- Salkovskis, P.M. (1985) Obsessional compulsive problems: a cognitive analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 571-583
- Schauenberg, H. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Check List SCL-90-R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 199-206.
- Schmitz, N, Hartkamp, N. & Franke, G. H. (2000). Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, 263-274.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Tress, W. (2001). Improving screening for mental disorders in the primary care setting by combining GHQ-12 and the SCL-90-R subscales. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 166-173.
- Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C, Alberti, L. & Tress, W. (1999). Diagnosing mental disorders in primary care: The General Health Questionnaire (GHQ)

and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 360-366

Schwarzwald, J., Weisenberg, M. & Solomon, Z. (1991). Factor invariance of SCL-90-R: The case of combat stress reaction. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 385-390.

Shutty, M. S. Jr, DeGood, D. E. & Schwartz, D. P (1986). Psychological dimensions of distress in chronic pain patients: a factor analytic study of Symptom Checklist-90 responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 836-842.

Sparks. A., Mc Donald.S. Lino. B., O' Donnell. M., & Green.M. (2010) Social cognition, empathy and functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res.* 122 172-178

Steer, R. A., Platt, J. J., Ranieri, W. F. & Metzger, D. S. (1989). Relationships of SCL-90 profiles to methadone patients' psychosocial characteristics and treatment response. *Multivariate Experimental Clinical Research*, 9 (2), 45-54.

Strauman, T. J. & Wetzler, S. (1994). The factor structure of SCL-90 and MCMI scale scores: within measure and interbattery analyses. *Multivariate Behavioral Research*, 27, 1-20.

Strayer, D. R., Carter, W. A., Brodsky, I., Cheney, P, Peterson, D., Salvato, R, Thompson, C, Loveless, M., Shapiro, D. E. & Elsasser, W. (1994). A controlled clinical trial with a specifically configured RNA drug, Poly(l)-

- Poly(C[12]U), in chronic fatigue syndrome. *Clinical Infectious Diseases*, 78(Suppl.1), S88-95
- Swett, C, Surrey, J. & Cohen, C. (1990). Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147 (5), 632-636.
- Tood, D. M., Deane, F P & Mc.Kenna, P A. (1997). Appropriateness of SCL-90-R adolescent and adult norms for outpatient and nonpatient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 44 (3), 294-301.
- Toomey, T. C, Seville, J. L., Mann, J. D., Abashian, S. W. & Grant, J. R. (1995). Relationship of sexual and physical abuse to pain description, psychological distress and health care utilization in a chronic pain sample. *Clinical Journal of Pain*, 11, 307-315.
- Turner, L. A., Althof, S. E., Levine, S. B. & Bodner, D. (1991). External vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: A one-year study of sexual and psychosocial impact. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 17 (2), 81-93.
- Van der Ark, A. (2005). Stochastic ordering of the latent trait by the sum score under various polytomous IRT models. *Psychometrika*, 70(2), 283-304.
- Vassend, O. & Skrandal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behavior Research and Therapy*, 37, 685-701.
- Vollrath, M., Koch, R. & Angst, J. (1990). The Zurich Study: IX. Panic disorders and sporadic panic: Symptoms, diagnosis, prevalence and overlap with



- depression. *European Archives of Psychiatric & Neurological Science*, 239 (4), 221-230.
- Waryszak, Z. (1982). Symptomatology and social adjustment of psychiatric patients before and after hospitalization. *Social Psychiatry*, 17, 149-154 .
- Waskow, I. & Parlorr, M. (1975). Psychotherapy change measures. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Wetzler, S., Kahn, S., Cahn, W., Van Praag, H.M. & Asnis, G.M. (1990). Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Research*, 31 (2), 179-192.
- Wider, A. (1948). *The Cornell Medical Index*. San Antonio: Psychological Corp.
- Wolfe, J., Brown, P J. & Bucsela, M. L. (1992). Symptom responses of female Vietnam veterans to Operation Desert Storm. *The American Journal of Psychiatry*, 149 (5), 676-679.
- Woodworth, R. S. (1918). *The personal data sheet*. Chicago: Stoelting.

Anexo 1 Inventario SCLR -90-R puntuando los reactivos a eliminar.

### SCL-90-R

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Encierre en un círculo la alternativa de respuesta que mejor describa *su experiencia habitual* en relación con cada problema o molestia (0, 1, 2, 3, 4).

Tenga en cuenta la siguiente escala de valoración:

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. <b>Perdida de deseo o placer sexual</b>	0	1	2	3	4
6. <b>El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente</b>	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9. La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4

14. Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por las cosas	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que Ud. no les gusta	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>

38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
39. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40. Nauseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares	0	1	2	3	4
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46. Encontrar difícil el tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metro o tren	0	1	2	3	4
48. Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4

56. Sentir debilidad en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o agitado	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59. Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar, etc.	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo, en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque esté con la gente	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
<i>Nada en absoluto</i>	<i>Un poco presente</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Mucho o extremadamente</i>

79. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Tener miedo a desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de Ud. si los dejara	0	1	2	3	4
84. Tener pensamiento sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88. No sentirse cercano o íntimo con nadie	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4