

Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.

Datos Normativos del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) en población clínica de la Provincia De Mendoza.

Cebreros, Daniel.

Cita:

Cebreros, Daniel (2022). *Datos Normativos del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) en población clínica de la Provincia De Mendoza* (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/daniel.cebreros/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ps73/CEP>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



Universidad Nacional de San Luis

Facultad de Psicología

**TESIS MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
COGNITIVO-INTEGRATIVA**

***“Datos Normativos del Inventario de Síntomas
Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA,
CONICET, 2008) en población clínica de la Provincia De
Mendoza.”***

San Luis, Octubre de 2021

AUTOR: Lic. Daniel F. Cebreros

DIRECTORA: Dra. Anna T. Rovella

AGRADECIMIENTOS

*“Cuando comas
brotes de bambú,
recuerda al hombre
que los plantó.”*

Proverbio chino

A mi Madre, gracias por todo, te extraño.

A mi Chinita, gracias por tu inmenso amor e infinita paciencia.

A Anna Rovella agradezco tu generosidad intelectual, tu humor, tu paciencia y gran corazón.

A Jorge Leporati, por tu don de gente y esas hermosas ruedas de auxilio estadísticas que me brindaste.

A las personas que generosamente brindaron su información para esta investigación.

INDICE

AGRADECIMIENTOS	2
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	8
2.1. Psicometría: La medida de la mente.	8
2.2. Limitaciones en el uso de pruebas psicométricas.	11
2.3. Validez de las pruebas psicológicas en Argentina.	15
2.4. La función de las pruebas psicológicas en el proceso terapéutico.	18
3. INVENTARIO DE 90 SÍNTOMAS DE DEROGATIS (SCL-90-R)	21
3.1. Origen y desarrollo del SCL-90-R	21
3.2. Uso, características y propiedades psicométricas del SCL-90-R	23
3.3. Validez convergente, concurrente y predictiva del SCL-90-R	29
3.4. Estructura factorial del SCL-90-R: La madre de todas las discordias.	31
3.5. Uso del SCL-90-R global y localmente	33
3.6. Normas de uso del SCL-90-R	34
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	36
4.1. Objetivo General	36
4.2. Objetivos específicos	36
5. MÉTODO	37
5.1. Muestra	37
5.2. Instrumento	41
5.3. Procedimiento de recolección de datos	43
5.4. Procedimiento de análisis de los datos	44
6. ANALISIS DE RESULTADOS	45
6.1. Análisis descriptivos de las escalas clínicas, ítems por escala clínica, ítems adicionales e índices globales.	45
6.2. Análisis de diferencias de medias por género	51

6.3. Análisis de diferencias de medias por categorías en pareja vs. sin pareja.	52
6.4. Análisis de ANOVA por Nivel Educativo.	53
6.5. Comparación de Medias y D.S. con estudios locales anteriores	54
6.6. Análisis de fiabilidad del SCL-90-R	55
6.7. Análisis de fiabilidad escalas clínicas del SCL-90-R	56
6.8. Análisis de correlaciones entre escalas.	56
6.9. Análisis factorial exploratorio de los ítems que componen las nueve escalas clínicas de la SCL-90.	57
6.10. Baremación de índices globales e identificación de caso gravedad clínica.	66
6.11. Comparación de baremos regionales.	69
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
8. CONCLUSIONES	76
9. SUGERENCIAS	85
10. BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXO I: Gráficos de cajas de comparación de medias	101
ANEXO II: Consentimiento Informado	102
ANEXO III: Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008)	104
ANEXO IV: Cálculo de dimensiones clínicas del SCL-90-R	107

RESUMEN

En el presente trabajo tiene por objetivo general confeccionar los datos normativos del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) para población clínica de la Provincia de Mendoza.

Se realizó un rastreo bibliográfico exhaustivo sobre el estado actual del arte de la SCL90-R en los diversos ámbitos de aplicación, posteriormente, se llevó a cabo la recolección de la muestra en contexto clínico en una institución privada de salud mental, las mediciones se realizaron en el período comprendido entre los meses de enero a agosto del 2021, la muestra está compuesta por pacientes que concurren a primera consulta psicológica por trastornos emocionales, todos residentes de la Provincia de Mendoza. La unidad de análisis considerada fue el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de L. Derogatis adaptación UBA, CONICET, (Casullo & Pérez, 2008), a través de la plataforma Google Forms (<https://forms.gle/zqiwHyzaVVCpDTBK6>). Previamente al inicio de la toma, se solicitó el consentimiento informado siguiendo los lineamientos éticos para la investigación con humanos.

El presente trabajo cuenta con un diseño de investigación de carácter no experimental-transversal de tipo intencional no probabilística. Se procedió a realizar un análisis descriptivo correlacional y factorial exploratorio de los datos con un paquete estadístico bajo entorno Windows para las ciencias sociales.

En este estudio se reportan específicamente resultados sobre las distribuciones de respuesta, la distribución de frecuencias de las dimensiones e índices globales, con respecto del género, edad, nivel educativo y estado civil. Se evidencia que no se puede confirmar la estructura factorial de las dimensiones de síntomas del inventario, por lo tanto, solo se indican los datos normativos en relación con los tres índices globales del SCL-90R en la mencionada población.

Se comparó los datos arrojados con los resultados obtenidos en Argentina en población general de adultos por Casullo y Pérez (2008) y Sánchez et al. (2020), en población de estudiantes universitarios por Urquijo et al. (2013), como así también, en población clínica realizado por Sánchez y Ledesma (2008).

ABSTRACT

The general objective of the present work is to prepare the normative data of the Revised Symptom Inventory (SCL-90R) of Derogatis (Adaptation UBA, CONICET, 2008) for the clinical population of the Province of Mendoza.

An exhaustive bibliographic search was carried out on the current state of the art about the SCL90-R in different fields of application, and subsequently, the sample collection was carried out in clinical context, in a private mental health institution, the measurements were taken in the period between the months of January to August 2021, the sample consists of patients who attend the first psychological consultation for emotional problems, residing in the province of Mendoza. The unit of analysis considered was the Revised Symptom Inventory (SCL-90R) by L. Derogatis adaptation UBA, CONICET, (Casullo & Pérez, 2008), through the Google Forms platform (<https://forms.gle/zqiwHyzaVVCpDTBK6>). Prior to the beginning of the evaluation, informed consent was requested following the ethical guidelines for research with humans.

This study has a non-experimental-transversal research design of an intentional non-probabilistic type. An exploratory factorial and descriptive correlational analysis of the data was carried out with a statistical package under the Windows environment for Social Sciences.

In this study, results are specifically reported on: the response distributions, the frequency distribution of the dimensions and global index, with respect to gender, age, educational level and marital status. The evidence shows the factorial structure of the inventory symptom dimensions is not confirmed, therefore, only the normative data are indicated in relation to the three global index of the SCL-90R in the quoted population.

The data obtained were compared with those already get in Argentina in a general adult population by Casullo and Pérez (2008) and Sanchez et al. (2020), in a population of university students by Urquijo et al (2013), as well as in a clinical population carried out by Sánchez and Ledesma (2008).

1. INTRODUCCIÓN

*“Todo comienzo
tiene su encanto.”*

Johann von Goethe

Las medidas psicométricas en el campo clínico son excelentes brújulas para guiar los avances de un tratamiento hacia una meta, permiten al terapeuta estimar de manera objetiva el problema de un cliente y orientar el curso de acción que pretende llevar a cabo.

Es conocido el uso de la retroalimentación informacional proveniente de datos empíricos, guían, promueven y facilitan la cooperación para alcanzar las metas terapéuticas pactadas. Por este motivo, los datos psicométricos resultan valiosos en la toma de decisiones del clínico y exigen la construcción de reglas de ajuste o baremos a la población objetivo, de lo contrario, pueden ocasionar inconvenientes o problemas para medir el constructo valorado y alterar las conclusiones emanadas de la prueba empleada.

Una de las medidas de evaluación psicométrica de mayor uso en el medio clínico resulta ser las escalas de autoinforme, al proporcionar información crucial en el terreno de la psicopatología permiten reflejar experiencias subjetivas que, de otra manera, pueden resultar inaccesibles para los observadores de la conducta externa.

La SCL-90-R es una medida de diseño clínico de autoinforme psicopatológico de amplio uso en Argentina, posee baremos de población general para Bs. As. y Mendoza, así también, baremos clínicos para la ciudad de Mar del Plata. Se ha podido pesquisar un faltante de baremos en población clínica para Mendoza, por consiguiente, el presente estudio pretende dar una respuesta a ese vacío informacional.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

*“Cualquier cosa que existe,
existe en alguna cantidad.”*

Edward Thorndike

2.1. Psicometría: La medida de la mente.

La ciencia tiene por objetivo principal el establecimiento de principios generales que permitan la descripción, predicción y explicación de los fenómenos de su área de interés. Para lograr esto, como señala Torgerson (1958), los investigadores deben recoger y comparar datos que permitan fundamentar las teorías, consecuentemente, la medición resulta fundamental en este proceso. En términos aspiracionales para Galton (1879) *“...hasta que un fenómeno de cualquier rama del conocimiento no haya sido sometido a la medida y asignación de números, no podemos asumir que tenga el status y la dignidad de ciencia...”*.

En psicología la especialidad que estudia los procesos de medición es la psicometría, ésta agrupa modelos formales que instauran reglas para realizar de forma adecuada la medición de los fenómenos psicológicos (Arias, et al. 2014). En consecuencia, *“La psicometría brinda la herramienta teórica y metodológica para la medición de constructos en las ciencias sociales, el resultado de su correcta utilización permite asegurar la calidad técnica de las pruebas psicológicas.”* (Brenes y Rojas, 2007, pp. 119).

Según Montero en su manual la psicometría (2001):

[...]nos brinda un cuerpo de teoría y métodos para la medición de constructos en ciencias sociales. Uno de sus propósitos principales es el desarrollo de técnicas de aplicación empírica que permitan construir instrumentos de medición e indicadores, de alta confiabilidad y validez. Estas técnicas y métodos se basan en enfoques cuantitativos y utilizan conceptos, procedimientos y medidas derivado de la estadística y la matemática. (pp. 218)

La medición para Nunnally y Bernstein (1995, pp. 3): *“[...] consiste en reglas para asignar símbolos a objetos, de manera que: 1) representen cantidades o atributos de forma numérica (escala de medición) y 2) definan si los*

objetos caen en las mismas categorías o en otras diferentes con respecto a un atributo determinado (clasificación)". En psicometría no son los objetos los que directamente se miden, sino sus atributos, entiendo por estos como constructos de carácter teórico que han sido definidos previamente, a los cuales se les asigna un símbolo para representar ese objeto con el fin de poder cuantificarlos.

Para Borja, L. (2015, pp. 10) "[...] En psicología, la psicometría es la que avala que los instrumentos de medición elaborados cuenten con las garantías científicas para su uso.". Por este motivo, el objetivo de las pruebas psicométricas es evaluar constructos sobre comportamientos, cogniciones y emociones, así como coeficiente intelectual, funciones cognitivas y rasgos de la personalidad, entre otras características, individuales o grupales, de los seres humanos. Se intenta representar el constructo con un puntaje numérico derivado de la aplicación de un conjunto de reactivos (ítems, preguntas o estímulos) a la población de interés, de tal modo que ayuden al psicólogo a construir juicios, tomar decisiones y realizar predicciones sobre estos aspectos. Esta asistencia resulta crucial en el ámbito clínico y, por lo tanto, es razonable el uso de algún tipo de prueba psicológica estandarizada con garantías de calidad.

Se puede definir prueba¹ psicológica (evaluación, escala, inventario) como *un dispositivo o procedimiento en el cual se obtiene y posteriormente se evalúa y califica una muestra del comportamiento de un individuo examinado en un dominio especificado, a través de un proceso estandarizado* (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 1). Esta prueba estandarizada (Aikén, 2003) fue elaborada por especialistas y administrada a una muestra representativa de la población para la que se diseñó el instrumento que posee procedimientos establecidos de administración y de calificación invariables. Por lo general, estas pruebas poseen normas que parten de puntuaciones brutas obtenidas en la muestra de

¹ *"Si bien el término prueba en ocasiones se reserva a instrumentos en los que las respuestas se evalúan según su corrección o calidad, y los términos escala e inventario se utilizan para medidas de actitudes, interés y disposiciones, los Estándares utilizan el único término prueba para referirse a todos esos dispositivos evaluativos."* (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 1).

estandarización², para finalmente calcular varios tipos de puntuaciones baremizadas. Las normas o baremos sirven como base para interpretar los resultados de los individuos evaluados de manera ajustada. La calidad de una prueba psicométrica depende del cumplimiento de cinco principios (Ver Tabla 1) que garantizan las medidas resultantes, a saber: validez, fiabilidad, comparabilidad, generalizabilidad y equidad o ausencia de sesgos discriminatorios. (Arias, et al. 2014, pp. 23).

Tabla 1

Principios de Calidad de una Prueba Psicométrica

Fiabilidad	Este principio responde al problema de hasta qué punto las cantidades observadas reflejan con precisión la puntuación de la persona.
Validez	Es un principio fundamental porque explica el grado en que el uso que se pretende hacer de las puntuaciones está justificado. Supone un examen de las teorías sobre las que están asentados los datos y demostrar la fuerza y credibilidad por medio de la evidencia. Esto requiere debilitar las explicaciones alternativas sobre el comportamiento ante los ítems, siendo eliminadas para reducir los errores inferenciales. En síntesis, la validez hace referencia al grado en que ciertamente el instrumento está midiendo el atributo que supone medir, por lo tanto, es la proporción de varianza observada producida por diferencias individuales reales en el atributo que se pretende medir.
Comparabilidad	Principio que se cimenta en el hecho de que la recogida de datos puede realizarse de forma distinta para diferentes sujetos o para los mismos sujetos en diferentes

²Se llama así al proceso mediante el cual se establecen procedimientos unívocos para la aplicación, calificación e interpretación de un test psicométrico (Cronbach, 1972).

	<p>momentos. Por lo tanto, diferentes condiciones de medida hacen surgir hipótesis alternativas cuando se realizan comparaciones y éstas explicaciones deben eliminarse si desea hacer inferencias lógicas.</p>
Equidad	<p>Este principio se basa en el hecho de contemplar los resultados de la evaluación en función de factores tales como diferencias sociodemográficas, la historia personal de cada individuo, lenguaje, familiaridad con las representaciones, género, etc., en especial, cuando se aplica a un grupo el mismo instrumento de medida, es preciso examinar el impacto de dichos factores.</p>
Generalizabilidad	<p>Principio que alude a la posibilidad de examinar cómo diferentes aspectos de las mediciones pueden afectar al grado de confianza que se puede tener en las inferencias basadas en las puntuaciones. Permite medir la confiabilidad de una prueba por medio de la cuantificación de la importancia de cada una de sus fuentes de variabilidad.</p>

2.2. Limitaciones en el uso de pruebas psicométricas.

La dificultad más notable que enfrenta la psicometría es que la gran mayoría de los atributos psicológicos no son directamente observables, por tanto, se debe acudir a indicadores indirectos: las conductas observables. Gracias a la influencia directa de las teorías positivistas sobre la psicometría se estableció una relación entre los constructos latentes con los hechos observables, asignándoles números y estableciendo relaciones empíricas entre ellos. Las conductas observables tienden a recogerse con un instrumento estandarizado. La idea central que subyace al uso del instrumento es que existe un constructo único e intenta medirlo, utilizando las puntuaciones de la evaluación, así puede situar a las personas y los estímulos o ítems.

Se parte del supuesto que las cantidades observadas en la evaluación reflejan de algún modo la cantidad que el sujeto posee en el atributo o propiedad medida, pero no se puede asumir directamente que refleje de manera exacta o

verdadera la cantidad de interés. Dado que el azar juega un importante papel en estas mediciones, en forma de errores aleatorios, el proceso de medición resultante es de carácter inferencial.

Por lo tanto, para hacer un buen uso de una prueba psicométrica, es necesario el conocimiento de los procedimientos en los que se basan las puntuaciones, la información que suministran y las limitaciones que entrañan. Como señalan los Standards for Educational and Psychological Tests (AERA, APA, NCME, 2018, pp.1): *“El uso inadecuado de las pruebas, por otra parte, puede dar lugar a un daño considerable para los examinandos y otras partes afectadas por las decisiones basadas en las pruebas”*

Por lo tanto, es sustancial que una evaluación psicométrica refleje la conducta que se desea evaluar porque: *“[...] cualquier medida de una conducta problema está directamente relacionada con cómo esta conducta puede cambiarse, sin embargo, la mayor parte de los instrumentos de evaluación utilizados en la evaluación conductual no ha seguido un proceso riguroso de validación, no existiendo, en muchos casos, datos sobre sus propiedades psicométricas en determinadas situaciones, poblaciones o problemas [...]”* (Ruiz et al., 2012, pp. 137).

Este punto nos invita a reflexionar acerca de los límites de las pruebas psicométricas que, como cualquier asunto humano, están condicionadas por límites o restricciones en su aplicación, los cuales serán impuestos por la práctica y el diseñador del test deberá ajustarse a ellos. Según Tovar (2007), existen seis tipos de limitaciones en el uso de un test psicométrico:

- 1) Una prueba o test debe emplearse solamente para apreciar los aspectos para los cuales se ha elaborado.
- 2) Las normas (baremo) de una prueba no tienen validez universal. Sólo son válidas si los individuos que toman el test poseen características similares a las de los sujetos que formaron la muestra que sirvió para obtener dichas normas.
- 3) Se deben construir normas para los grupos en los cuales se usará el test, si esos grupos difieren de aquellos en los cuales se hicieron los baremos que aparecen en el manual de la prueba.

4) Un test aprecia la función medida tal como se dan en el individuo en el momento de aplicación de la prueba. Si las condiciones que influyen sobre el individuo se modifican, existe la posibilidad de que tales cambios influyan en los puntajes resultantes del test.

5) Los resultados de un test no deben emplearse para diagnosticar per se estados patológicos. Deben considerarse como elementos de información que juiciosamente analizados e integrados con otros elementos de información ayudarán al diagnóstico.

6) Categorías descriptivas (inteligencia muy superior, superior, etc.) sólo deben utilizarse para los tests cuyos puntajes le dieron origen. Por ejemplo, la tabla de categorías del WAIS sólo debe ser utilizada con este test y no con otro (Anastasi, 1982). (pp. 90-91)

Estas limitaciones indican claramente que no deberían ser utilizadas evaluaciones en el campo clínico sin medidas de ajuste a la población objetivo, en este caso, clientes que acuden a realizar tratamiento. Por este motivo es crucial el establecimiento de usos e interpretaciones previstos para la prueba, en donde el desarrollador de forma clara defina cómo se tiene previsto que se interpreten y en consecuencia se utilicen los puntajes de la prueba, como así también, las poblaciones para las que está prevista. Si bien *“los desarrolladores de la prueba tienen la responsabilidad de respaldar sus propias recomendaciones, los usuarios de la prueba tienen la responsabilidad máxima de evaluar la calidad de la evidencia de validación proporcionada y su relevancia para la situación local”*. (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 25.).

En nuestro país la evaluación psicológica es un problema estructural de la formación universitaria del psicólogo, en su gran mayoría las casas de estudio continúan avalando el uso de técnicas de evaluación carentes de sustento psicométrico, normas regionales y calidad garantizadas. Estos aspectos no son menores, si entendemos que: *“la validez, confiabilidad, comparación y equidad, no son solo principios de medición, son valores sociales que tienen significado y fuerza, más allá de la medición, todas las veces que se toman decisiones y se emiten juicios evaluativos.”* (Messick, 1994, pp. 2.)

Lamentablemente esto sucede por cuestiones fuertemente arraigadas en los puntos de vistas tradicionales de evaluación de la Argentina³ tan característicos del enfoque psiquiátrico y del psicoanálisis. Esta deformación académica entraña un peligro, en efecto, el clínico debe tomar decisiones, fijar un curso de acción y estimar pronósticos a base de herramientas carentes de sustento empírico y/o normas regionales, lo que sería análogamente navegar sin instrumental, como señala Maristany (2009):

Aprender a evaluar una psicoterapia es muy complejo, dada la diversidad de fenómenos que es necesario tener en cuenta y por ello el psicoterapeuta debe incluir en dicha tarea el uso de instrumentos que le permitan ajustar el juicio clínico (Maristany y Fernández Álvarez, 2008). El terapeuta, para estimar la marcha de la terapia y, eventualmente, realizar ajustes en el diseño empleado, debe contar con instrumentos de medida que operen como un juez externo y complementario a su propio juicio clínico. (pp. 275)

La falta de objetividad y de actualización también pueden afectar el curso del tratamiento, como indica Maristany (2009):

Está ampliamente estudiado que los terapeutas son pobres en la evaluación del curso de tratamiento. Tienden a dar una visión más positiva del curso del tratamiento que no permite el ajuste adecuado y la predicción de posibles fracasos en el curso del tratamiento

³ La perspectiva tradicional de evaluación sostiene que la personalidad es un reflejo de estados o rasgos duraderos, subyacentes. Se sostiene una causación intrapsíquica de la conducta problema y resultando las condiciones presentes como producto del pasado y, por lo tanto, se espera que la conducta sea consistente con el transcurso del tiempo y entre ambientes. Usa los datos, para describir el funcionamiento y la etiología de la personalidad; para diagnosticar o clasificar y para realizar pronósticos; intenta predecir el comportamiento. Hace un mayor énfasis en lo interindividual o en el enfoque nomotético. Mayor énfasis en métodos indirectos (por ejemplo, entrevistas y autoinformes). Con respecto al momento de realización de la evaluación, es casi exclusivo su uso en el pretratamiento y, quizás, postratamiento o sólo para el diagnóstico. Medidas más globales (por ejemplo, de cura o mejoría) pero únicamente del individuo. (Phares y Trull, 2000, pp. 2-3)

(Corbella y Botella, 2004; Lambert, 2004). La práctica clínica y la evaluación a través de instrumentos se conjugar en este punto. Es por ello que la psicoterapia debe contar con investigación actualizada del uso de instrumentos en la clínica. (pp. 275)

2.3. Validez de las pruebas psicológicas en Argentina.

La validez de una prueba psicológica se refiere al grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de los puntajes de una prueba para usos propuestos y permiten un grado de seguridad sobre los resultados. El proceso de validación se nutre de la evidencia acumulada pertinente, dando por resultado, una base científica sólida para las interpretaciones de puntajes propuestos. Consecuentemente, lo que se evalúa son las interpretaciones de los puntajes de la prueba para los usos propuestos y no la prueba propiamente dicha. En efecto, en el caso en que las puntuaciones se interpreten en más de una manera (por ej. población clínica vs. población normal), *“cada interpretación prevista debe validarse.”* (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 11).

El campo de uso ajusta la prueba a un marco conceptual específico y propone una interpretación determinada de los puntajes que arroja, no hacer estos ajustes puede acarrear consecuencias para el desarrollo y la evaluación de la prueba. Naturalmente, la validación puede verse como un proceso de construcción y evaluación de argumentos (a favor o en contra) sobre la interpretación pronosticada de los puntajes de la prueba y su relevancia para el uso propuesto. En síntesis, *“el marco conceptual señala las clases de evidencia que podrían reunirse para evaluar la interpretación propuesta teniendo en cuenta los fines de la prueba. A medida que la validación continúa y surge nueva evidencia respecto de las interpretaciones que pueden y no pueden extraerse de los puntajes de la prueba, es posible que se necesiten revisiones en la prueba, en el marco conceptual que la forma e, incluso, en el constructo subyacente de la prueba.”* (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 12).

Siguiendo este lineamiento se puede entender que la validación sería un proceso que nunca termina, puesto cabría la posibilidad de reunir información adicional que permita comprender más cabalmente una prueba y nuevas inferencias que pueden extraerse de esta. A pesar de esto, la interpretación de

una prueba para un uso determinado se basa en evidencia suficiente que permite un juicio breve pero bien respaldado que puede defenderse. Por lo tanto, *“el esfuerzo de proporcionar suficiente evidencia de validación para respaldar una interpretación de una prueba dada para un uso específico termina (al menos provisionalmente, a la espera de que surja un fundamento sólido para cuestionar ese juicio). “Los requisitos legales pueden exigir que el estudio de validación se actualice a la luz de factores como cambios en la población de la prueba o métodos de prueba alternativos recientemente desarrollados.”* (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 22).

Ahora bien, haciendo foco en las cuestiones de validez, deseo que el lector mentalmente reflexione sobre la psicometría clínica autóctona de la Argentina y puede que note la presencia de una problemática enorme en esa disciplina, es un hecho que las pruebas validadas para nuestra población son pocas y la difusión de las existentes resulta deficitaria, como así indican de la Iglesia y Freiberg Hoffman (2015):

A pesar de que la psicometría argentina ha crecido, la investigación sobre tests en términos de desarrollo y adaptación debe ser fuertemente promocionada (Fernández Liporace, Castro Solano, & Scheinsohn, 2012). La necesidad de contar con instrumentos psicométricos actualizados y con adecuadas propiedades psicométricas para su uso en población argentina se da tanto en el ámbito de investigación como en el de aplicación. La divulgación de esta tecnología suele ser escasa y reducida al ámbito científico. (pp. 286)

Positivamente, sobre la difusión de pruebas validadas en Argentina existen solo dos resúmenes precisos, uno realizado por Brenlla (2013) y el otro propuesto por de la Iglesia (2020) en el proyecto PsicometriAr (<https://psicometriar.com.ar/>). Para Brenlla (2013) existían solo 38 instrumentos, en contraste, de la Iglesia registra ya 94 pruebas debidamente adaptadas y validadas. Por lo tanto, si al lector le pareció que enfrentamos un problema como disciplina en términos de instrumentos de evaluación, hay otro asunto que resulta aún más complejo y es que la gran mayoría las validaciones en Argentina fueron llevadas a cabo en población general o en estudiantes, existiendo solo un

número ínfimo de instrumentos validados en población clínica. Es una cuestión cabal el ajuste del instrumento en la trinchera del quehacer clínico, principalmente a la hora emitir un diagnóstico o un pronóstico, como así lo señalan Ruiz et al. (2012):

Las cualidades psicométricas de las medidas utilizadas necesariamente afectan la validez de los juicios clínicos que se realicen, pues los índices de validez de las medidas son esenciales para establecer el grado de confianza que puede depositarse en las inferencias realizadas a partir de ellas. La validez de un instrumento puede variar a través de poblaciones, entornos y objetivos de la evaluación y no es un atributo que sea susceptible de fácil generalización. Siendo su validez condicional, los instrumentos de evaluación deben ser validados para el propósito concreto de la evaluación (Haynes, 2006). (pp. 137)

Como señala Borja en su manual de psicometría (2008):

Podemos resumir que las medidas estandarizadas son objetivas, ya que nos permiten eliminar las conjeturas sobre lo que observamos o escuchamos, esto es, sobre la observación no científica (un principio clave de la ciencia es que cualquier exposición de hechos realizada por un científico debe ser verificable de manera independiente por otros científicos), facilitar la comunicación, ahorrar tiempo y ayudar a la generalización científica. (pp. 55)

En consecuencia, la evaluación de reflejar la conducta que se desea evaluar, puesto que: *“cualquier medida de una conducta problema está directamente relacionada con cómo esta conducta puede cambiarse, sin embargo, la mayor parte de los instrumentos de evaluación utilizados en la evaluación conductual no ha seguido un proceso riguroso de validación, no existiendo, en muchos casos, datos sobre sus propiedades psicométricas en determinadas situaciones, poblaciones o problemas [...]”* (Ruiz et al., 2012, pp. 137). Una advertencia que el psicólogo clínico debe respetar a la hora utilizar un instrumento de evaluación carente de adaptación, estandarización y/o validez.

2.4. La función de las pruebas psicológicas en el proceso terapéutico.

Para Fernández Álvarez (2006, pp. 149): *“La evaluación psicológica suele entenderse como un procedimiento que puede servir para: 1) distinguir conductas duraderas, 2) predecir la forma en que una persona habrá de responder en determinadas situaciones o 3) encontrar eventos o tratamientos que pueden ayudar a una persona a cambiar algo que le genera dificultades (Beutler, Groth-Marnet, 2003). Esta última acepción es la que se ajusta mejor a los objetivos que se persiguen en el terreno que aquí exploramos.”*

También deberá tenerse en cuenta que *“las necesidades de una evaluación dependen del momento del tratamiento que esté en consideración. En la fase inicial sus preocupaciones están vinculadas con la confección del diseño terapéutico. Durante el tratamiento, el terapeuta recurre a la evaluación para estimar la marcha de la terapia y, eventualmente, realizar ajustes en el diseño empleado. Hacia el fin del tratamiento, el mayor valor de evaluar un proceso psicoterapéutico está relacionado con ponderar los logros alcanzados y facilitar una toma de decisión sobre la terminación.”* (Fernández Álvarez, 2006, pp. 150).

Por consiguiente, en un proceso terapéutico, tanto el terapeuta y como el cliente deberían poder evaluar el grado en que se ha logrado la meta pactada y es recomendable que *“por cada cliente se realicen múltiples mediciones de cada conducta meta. Las mismas conductas deberían ser evaluadas repetidas veces antes, durante y después del tratamiento.”* (Cormier y Cormier, 2000, pp. 323). En consecuencia, el método de evaluación de resultados debe evidenciar el problema, caso contrario la fiabilidad y la validez de los métodos de evaluación puede verse afectadas, siendo la fiabilidad la posibilidad de generalizar la conducta meta y la validez del método de evaluación si cumple el propósito que persigue.

Todo clínico debe aprender que, para llevar a cabo un tratamiento, el observar y evaluar los efectos del proceso no es algo menor o accesorio, por el contrario, como afirman Cormier y Cormier, et al. (2000, pp. 318): *“[...] consideramos la evaluación como un componente fundamental de la terapia. La*

evaluación de la terapia anima al terapeuta y al cliente e indica también en que grado se van adquiriendo las metas terapéuticas.”

La demostración de resultados facilita al cliente la continuidad del proceso terapéutico y refuerza la motivación para alcanzar la meta acordada. Parafraseando a Egan (1975), se necesita obtener resultados tangibles, puesto que ellos constituyen la columna vertebral del proceso de refuerzo del tratamiento, estos harán que el cliente se motive y continúe. Indudablemente, el terapeuta y el cliente, deberían ser capaces de poder evaluar el grado de éxito o no del programa de acción que está siendo llevado a cabo. Lambert et al. (2001, pp. 50) discutieron las ventajas del manejo "basado en datos" de la práctica clínica con el propósito de mejorar la calidad de la atención al cliente, proponiendo el uso de evaluaciones repetidas del estado del mismo, junto con el uso de puntajes de corte y metodología de validación social (significación clínica). Al fin y al cabo, la medida o el dato es un componente central del acercamiento científico a la evaluación psicológica.

Por lo tanto, el proceso de evaluación debe ser algo continuo y debe orientar de principio a fin el accionar del clínico, siendo los resultados los que verifiquen el ajuste de los medios técnicos empleados a los fines terapéuticos pactados. Como sostienen Cormier y Cormier, et al. (2000, pp. 318): *“Los datos recogidos durante la evaluación se emplean para tomar decisiones sobre la selección de las estrategias de tratamiento y sobre la proporción en que se logran las metas de un cliente.”*

Mahoney sintetiza toda la cuestión de manera brillante: *“El terapeuta más eficiente armoniza con los datos del cliente. No recoge datos por mantener la apariencia científica o porque lo considera apropiado... El terapeuta eficiente emplea los datos para dirigir sus propios esfuerzos por producir algún impacto y ajusta sus estrategias terapéuticas en base al feedback, independientemente de sus sesgos teóricos o preferencias procedimentales [1977b, pp. 241].”* (Cormier y Cormier. & cols., 2000, pp. 318).

El feedback es un elemento crucial para el alcance del éxito en el tratamiento psicológico, cuestión que queda bien demostrada por Lambert et al. (2001) en su investigación sobre los efectos de la retroalimentación o feedback informacional en el proceso terapéutico:

La investigación centrada en el paciente intenta proporcionar información que responda a la pregunta: ¿Este tratamiento beneficia a este paciente? [;] Los resultados mostraron que la retroalimentación aumentó la duración del tratamiento y mejoró el resultado en relación con los pacientes en la condición de control que se pronosticaron fracasos del tratamiento. El doble de pacientes en el grupo de retroalimentación logró un cambio clínicamente significativo [...] Para aquellos pacientes que tenían una respuesta positiva al tratamiento, la retroalimentación a los terapeutas resultó en una reducción en el número de sesiones de tratamiento sin reducir los resultados positivos. (pp. 50)

Siguiendo un hilo lógico, las pruebas de evaluación empíricas, válidas, adaptadas y baremizadas brindan medidas precisas del cambio realizado por el cliente y facilitan el proceso terapéutico al aumentar el feedback informacional del tratamiento.

3. EL INVENTARIO DE 90 SÍNTOMAS DE DEROGATIS (SCL-90-R)

*“Supongo que es tentador pensar que,
si la única herramienta que
posees es un martillo,
puedes tratar cualquier
cosa como si fuera un clavo.”*

Abraham Maslow

3.1. Origen y desarrollo del SCL-90-R

El SCL-90-R o Symptom Checklist 90 Revised (Derogatis, 1977) constituye una escala que proviene de una extensa tradición de instrumentos de autoinforme clínico, en efecto, el primer cuestionario de estas características se puede remontar a finales de la 1era Guerra Mundial conocido como *Personal Data Sheet* de R. Woodworth (1918) fue creado para *"aprovechar la capacidad de cada individuo para entrevistarse a sí mismo"* (González de Rivera et al., 2002, pp. 5), un paliativo a la escasez del personal psiquiátrico de la época; inusualmente, el instrumento demostró eficacia, lo que generó un efecto de magnitud en el campo clínico catapultando la creación de otros cuestionarios de mayor ajuste o nivel de especificidad.

En los años venideros se desarrollaron dos cuestionarios que darán origen al SCL-90-R, el primero fue el *Cornell Medical Index* o CMI de Wider (1948), así como una escala modificada por Lorr (1952) compuesta por 12 ítems. Años más tarde, siguiendo esta línea Parloff et al. (1954) crean la *Discomfort Scale*, el material resultante de estos instrumentos constituye la estructura central del *Hopkins Symptom Checklist* o HSCL de Derogatis et al (1974). El mismo está compuesto 51 ítems agrupados en cinco dimensiones de síntomas y tuvo un uso aceptable, sin embargo, se detectaron una serie de problemas que limitaban su utilidad⁴, esto motivó un programa de investigación que produjo

⁴ La aplicación del HSCL para valorar psicopatología y sintomatología psíquica en situaciones clínicas ordinarias presenta varios inconvenientes. En primer lugar, el instrumento no fue diseñado para su uso en pacientes individuales, sino como

sucesivas variaciones del HSCL durante la década de 1970, de este proyecto nace el SCL-90 y tras sufrir una serie de ajustes finales le dio nacimiento a la versión "revisada", más conocida como SCL-90-R o *Symptom Checklist 90 Revised*.

Como resultado de la estrategia de construcción del *SCL-90-R*, *Derogatis y su equipo*, arribaron a numerosas variantes del instrumento, en efecto: existen tres versiones del SCL de 35, 58 y 65 ítems (Bech et al., 1993); como también otra denominada *Brief Symptom Inventory* o BSI de 53 ítems (Derogatis, 1993); pero esto no queda ahí, asimismo el autor construyó dos versiones destinadas al personal de salud, una diseñada para ser respondida por un observador experto en salud mental, la *Derogatis Psychiatric Rating Scale* o DPRS, la otra es una escala análoga destinada a profesionales de la salud que no tienen entrenamiento formal en psicopatología, el *SCL-90 Analogue Scale* (Derogatis, 1994).

A la hora de realizar una línea cronológica del trabajo de Derogatis la diversidad de versiones resulta problemática a causa de un relativo desorden en la fecha de las publicaciones, como lo señalan los autores (Gempp Fuentealba, Avendaño Bravo, 2008) que normatizaron el inventario para Chile:

Por ejemplo, la primera versión documentada del SCL-90 (Derogatis, Lipman y 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

instrumento de investigación colectiva. En segundo lugar, los ítems componentes de este instrumento no cubren todas las dimensiones principales de síntomas. Finalmente, la escala no dispone de un instrumento análogo que permita una coevaluación fiable del paciente por parte del clínico. Con esas deficiencias en mente se comenzó el trabajo del desarrollo y perfeccionamiento que culminó en el SCL-90. (González de Rivera, J.L. et al., 2002, pp. 9).

con la versión revisada (e.g. Derogatis, Rickels y Rock, 1976). (pp. 40-41).

Otro aspecto de importancia es la evidencia acumulada SCL-90-R en publicaciones, sobre este punto Gempp Fuentealba y Avendaño Bravo (2008). señalan:

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. (pp. 41).

Finalmente, Derogatis (1994) en un claro intento de resolver posibles problemas generados por el uso indistinto de la SCL-90 o de la SCL-90-R en algunas publicaciones, ha indicado que el SCL-90 es un prototipo incompleto de la versión revisada, en consecuencia, se debe preferir el SCL-90-R para cualquier uso práctico, porque a pesar del gran parecido, la versión revisada es la única que dispone de criterios normativos.

3.2. Uso, características y propiedades psicométricas del SCL-90-R

La SCL-90-R tiene tres características que permiten su uso frecuente entre clínicos e investigadores, la primera, es de fácil aplicación y corrección, la segunda permite evaluar síntomas en varios niveles de complejidad, y la tercera, posee buenas propiedades psicométricas.

La primera característica del inventario SCL-90-R comprende una serie de ventajas: es autoadministrado con instrucciones simples, posee ítems de vocabulario sencillo y con un mínimo de comprensión lectora. Además, la tarea que implica valorar los ítems en función de una escala Likert, en general, no reviste complejidad para el evaluado, lo que reduce el tiempo de administración (un promedio de 15 minutos) y requiere de un mínimo de entrenamiento, facilitando su administración colectiva o individual. Por otro lado, posee un amplio rango de edad para su aplicación (13 a 65 años), es aplicable a personas con un nivel intelectual normal y que no presenten un trastorno psicótico en curso. Por

último, se trata de un instrumento relativamente breve y posee una relación eficiente entre el número de ítems y el número de escalas, resultando de los 90 ítems nueve dimensiones primarias (Tabla 2), tres índices globales (Tabla 3) y una dimensión miscelánea (Ítems adicionales) (Tabla 4).

En el nivel de análisis dimensional la escala entrega un perfil compuesto por las nueve dimensiones primarias (Tabla 1), éstas se derivaron gradualmente de una combinación de estrategias clínicas, racionales y empíricas con el fin de ser clínicamente útiles, para ello se aplicó un triple requisito: 1) definición clara y consistente en la literatura, 2) susceptibilidad de medición mediante autoinforme y 3) confirmación psicométrica (Derogatis y Cleary, 1977a., 1977b).

Tabla 2

Dimensiones SCL-90-R

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
SOMATIZACIONES (SOM)	Evalúa la presencia de malestares físicos (reales, amplificadas o imaginados) que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios y musculares). Constituye el grueso de las manifestaciones psicósomáticas o funcionales, aunque es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente. Es probable que el dolor y la ansiedad estén presentes también, amplificando así, cualquier trastorno de base fisiológica.
OBSESIONES Y COMPULSIONES (OBS)	Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o son no deseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de controlar, resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas. Algunos de los elementos también se refieren a un déficit en el rendimiento cognitivo más

<p>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL (S.I.)</p>	<p>general (por ejemplo, la mente de la persona se queda en blanco o tiene problemas para concentrarse). Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales. En general, el individuo padece un considerable malestar en situaciones interpersonales. Tienen expectativas negativas con respecto relaciones y son conscientes de sí mismos cuando se comparan con los demás y usualmente se sienten inferiores y, por lo tanto, experimentan dudas e incomodidad.</p>
<p>DEPRESIÓN (DEP)</p>	<p>Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como también, ideación suicida y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos.</p>
<p>ANSIEDAD (ANS)</p>	<p>Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tanto generalizada como aguda ("pánico"). La dimensión se centra en la presencia de aprensión, nerviosismo, temblores y pánico, como así también, componentes fisiológicos de la ansiedad, incluida la frecuencia cardíaca rápida, tensión e inquietud.</p>
<p>HOSTILIDAD (HOS)</p>	<p>Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.</p>
<p>ANSIEDAD FÓBICA (FOB)</p>	<p>La dimensión se centra en la presencia de excesiva ansiedad y miedo irracional relacionado con una</p>

	<p>persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas evitativas o de huida. El individuo puede reportar miedo a los lugares abiertos, ansiedad al viajar lejos de áreas familiares o miedo de tener un ataque de pánico. Aunque el título de la dimensión parece estar relacionado a las fobias específicas, la mayoría de los elementos reflejan a la agorafobia o ataques de pánico.</p>
<p>IDEACIÓN PARANOIDE (PAR)</p>	<p>Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente desórdenes del pensamiento como respuesta a un trastorno de la ideación que incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autorreferencia e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control. Los delirios también pueden estar presentes y se refleja en el ítem 43⁵.</p>
<p>PSICOTICISMO (PSIC)</p>	<p>Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana, esta dimensión configura un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leve hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta. Los puntajes altos (T75) en la dimensión PSIC pueden reflejar una persona que está extremadamente retraída y aislada y puede estar experimentando síntomas centrales de esquizofrenia, incluidas alucinaciones (por ejemplo, escuchar voces, transmitir pensamientos) y control del pensamiento.</p>
<p>Nota: Nueve dimensiones clínicas formuladas por Derogatis para el SCL-90-R.</p>	

⁵ Ítem 43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.

Respecto a la segunda característica, el diseño simple pero exhaustivo de la SCL-90-R de Derogatis (1994) le permite al evaluador examinar la psicopatología del sujeto en tres niveles complejos jerarquizados: un nivel global, un nivel dimensional y un nivel sintomático discreto.

Existen tres índices generales (Tabla 2), el Índice de Severidad Global [IGS] señala el nivel de gravedad de los síntomas, mientras el índice de Malestar Positivo [IMSP] mide la intensidad de los síntomas percibidos por el evaluado. El IMSP marca el estilo de respuesta (exageración o minimización los síntomas). Por último, el índice global, denominado Total de Síntomas Positivos [TSP], resumidamente es el número total de síntomas marcados por el sujeto como mayores a cero, independientemente de su gravedad, es una medida de la amplitud de la sintomatología presentada por el evaluado.

Tabla 3

Índices Globales

ÍNDICE GLOBAL SEVERIDAD (IGS)	DE	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.
TOTAL SÍNTOMAS POSITIVOS (TSP)	DE	Se estima contando el total de ítems que se puntúan con una respuesta mayor que cero. En sujetos de población general, las 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.
ÍNDICE MALESTAR SINTOMÁTICO	DE	Pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también

POSITIVO (IMSP)	sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.
--------------------	---

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. Una descripción abreviada de estos ítems puede encontrarse en la primera columna de la Tabla 3, que se presenta más adelante.

Tabla 4

Ítems adicionales SCL-90-R

ITEMS ADICIONALES	<p>Estos ítems son considerados como adicionales porque su peso factorial en las diferentes subescalas no permite asignarlos a ninguna de ellas en particular, sin embargo, dada su relevancia clínica han sido conservados. Aunque para Derogatis estos son indicadores de la gravedad del estado del sujeto, no constituyen una dimensión sintomática específica.</p> <p>El <i>SCL-90-R</i> incluye <i>siete ítems</i> que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ítem 19: Poco apetito 2. Ítem 44: Problemas para dormir 3. Ítem 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir 4. Ítem 60: Comer en exceso 5. Ítem 64: Despertarse muy temprano. 6. Ítem 66: Sueño intranquilo. 7. Ítem 89: Sentimientos de culpa.
----------------------	---

Nota: Los ítems mencionados del 1 al 7, provienen de la versión adaptada a la Rep. Argentina (Casullo y Pérez, 2008, pp. 2).

La tercera característica, es la que le brindó la popularidad de la que hoy goza a nivel internacional el SCL-90-R, a saber: “*las propiedades psicométricas han resultado apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (pacientes versus no pacientes)*” (Gempp Fuentealba y Avendaño Bravo, 2008, pp. 42). Las propiedades psicométricas en términos de fiabilidad de las nueve dimensiones alcanzan valores de $r = 0.70$ o superiores en los estudios de test-retest y su consistencia interna es de 0.80 (Derogatis, 1994; Derogatis y Savitz, 2000). Asimismo, se ha demostrado que la escalabilidad de las dimensiones es satisfactoria (Olsen, et al, 2004; Schmitz et al., 2000) y posee un comportamiento psicométrico idóneo en función de los modelos de Teoría de Respuesta al ítem⁶ (Olsen et al., 2004).

3.3. Validez convergente, concurrente y predictiva del SCL-90-R

Desde de la década de los 80, en adelante, la SCL-90-R acredita a nivel mundial su *validez convergente* en una basta cantidad de estudios realizados, sobre todo en lo que concierne tanto a sus índices globales como a sus dimensiones específicas. Pero su aplicación también se ha asociado la investigación sobre *perfiles característicos de varios trastornos mentales* en los que se pueden incluir estudios sobre:

- Subtipos de Depresión (Prusoff, et al. 1980; Derogatis y Savitz, 2000; Bech et al., 2014)
- Depresión en comorbilidad con Ataques de Pánico (Wetzler et al., 1990)
- Trastornos del espectro ansioso según el DSM III (Cameron et al., 1986)

⁶ La Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) brinda un modelo de las probabilidades de respuesta a un ítem para diferentes niveles del rasgo evaluado mediante un modelo no lineal.

- Subtipos de Trastorno por Ataque de Pánico (Buller et al., 1986), abuso de metadona (Steer, et al., 1989, Schiphorst y et al. 2007)
- Trastorno por disfunción eréctil (Derogatis et al., 1981).
- Malestar psicológico asociado con trastornos médicos generales y específicos, en especial: trastornos cardiovasculares, renales y de dolor crónico. (Derogatis, 1994), fibromialgia (Alcocer-Gómez et al., 2013)
- Distrés y consumo de sustancias (Rivera-Ledesma et al., 2012)

A su vez, demostró efectividad como *Screening Genérico* para medir:

- Trastornos psicopatológicos (Waryszak, 1982, Derogatis y DellaPietra, 1994; Schmitz et al., 1999; Schmitz et al., 2001)
- Trastornos de la esfera afectivo-depresiva (Rosenberg et al., 1991; Koeter, 1992; Morgan et al., 1998).
- Trastornos de la esfera ansiosa (Vollrath et al., 1990; Rief y Fichter, 1992; Morgan et al. 1998).
- Trastornos específicos de la esfera somatomorfa (Simón y VonKorff, 1991; Dickson et al., 1992; Kellner et al., 1992; Kirmayer et al., 1993; Schmitz et al., 1999).

Como así también, existen antecedentes que prueban su utilidad diferencial en la detección y evaluación de:

- Riesgo suicida (Bulik et al., 1990; Swedo et al., 1991).
- Estrés (Derogatis y Coons, 1993; Derogatis, 1994).
- Estrés postraumático en veteranos de guerra (Davidson, et al., 1990) y en mujeres (Wolfe et al., 1992).
- Abuso de sustancias (Derogatis y Savitz, 2000; Johnson et al., 1996) y abuso de alcohol (Lucht, et al., 2002).
- Antecedentes de disfunción sexual (Heiman y Rowlands, 1983; Turner et al., 1991).
- Historial de abuso sexual (Swett et al., 1990; Toomey et al., 1995; Coffey et al., 1996).

Por último, ha sido empleada como criterio para evaluar cambios sintomáticos inducidos por:

- Farmacoterapia (Holland et al., 1991; Primeau, et al., 1990; Strayer et al., 1994; Florkowski et al., 1998; Pani et al., 2000).
- Psicoterapia (van der Sande et al., 1997; Schauenberg, 1999; De Jonghe et al., 2000; Peen, 2001).

Al cuantioso caudal de investigaciones de *validez convergente*, se agregan estudios de *validez concurrente y predictiva* del SCL-90-R y sus escalas, utilizando principalmente como criterios “...*otros instrumentos de evaluación clínica, escalas de screening, diagnósticos psiquiátricos, protocolos de evaluación estructurada o indicadores de recidiva, principalmente...*” (Gemppe Fuentealba y Avendaño Bravo, 2008, pp. 43)

3.4. Estructura factorial del SCL-90-R: La madre de todas las discordias.

Cabe señalar que diversos estudios cuestionan de manera contundente la existencia de una estructura factorial de nueve dimensiones del SCL-90-R, sin que haya acuerdo respecto a cuantas son las dimensiones, variando entre solución mono factorial (Bergly et al., 2014) hasta doce factores (Evenson et al., 1980), según Bados et al. (2005) este problema se debe a que:

Derogatis y Cleary (1977a) intentaron confirmar la estructura dimensional del SCL-90-R con 1002 pacientes psiquiátricos siguiendo el procedimiento Procrustes⁷. El emparejamiento entre la estructura hipotética y la empírica fue muy bueno en 8 dimensiones y moderado en la novena. Ahora bien, una limitación importante del método

⁷ La superposición Procrustes clásica busca minimizar la suma de las diferencias al cuadrado entre todos los pares de landmarks. Geométricamente, esto se consigue promediando la falta de ajuste de todos los puntos. Las soluciones analíticas para este enfoque fueron obtenidas por Gower (1971, 1975) y Sibson (1978). Debido a que los cálculos del tipo “promedio” suelen ser inestables, las verdaderas diferencias de forma entre ambas configuraciones pueden no quedar representadas adecuadamente por el resultado de esta superposición. A pesar de ello, la relativa simplicidad matemática del método hace que su uso sea ampliamente difundido. (Torcida y Pérez, 2012, pp. 135).

Procrustes es la posibilidad de una confirmación errónea de la matriz hipotetizada. (pp. 182)

Como resultado, la validez factorial del instrumento es el único componente del SCL-90-R sobre el que no existe completo acuerdo, a pesar de que Derogatis y sus socios proponen que la estructura de nueve dimensiones es básicamente estable (Derogatis y Savitz, 2000, pp. 658), la mayoría de los estudios alcanzan resultados inconsistentes entre sí, en efecto, la estructura factorial ha variado según el tipo de muestra y asimismo de estudio a estudio, inclusive con muestras del mismo tipo. De hecho, Vassend y Skrondal (1999, pp. 685.) en sus estudios encontraron que variaba según el género y el nivel de afecto negativo de la muestra, concluyendo la existencia de un profundo problema de indeterminación estructural.

A tal efecto, Bados et al. (2005, pp. 183-184) realizan un análisis extenso sobre el tema (Ver: Resultados de análisis exploratorios del SCL-90-R en muestras extranjeras) y concluyen que el número de factores encontrados ha oscilado entre 3 y 12 y que en su gran mayoría los análisis factoriales confirmatorios han rechazado el modelo original de 9 dimensiones, así como otros de 5, 6 y 10 factores. Por ejemplo, uno de los últimos estudios realizados por Urbán et al. (2014) sobre este tema, concluye que una solución de dos factores se ajusta mejor a los datos arrojados por el instrumento, sin embargo, consideraron también como adecuada la solución de nueve factores.

El desacuerdo reinante sobre la estructura factorial de nueve dimensiones, llevo a Cyr et al. (1985) a sugerir que el instrumento ofrece una medida acerca del *malestar psicológico general* de un individuo. En esa misma dirección, De las Cuevas et al. (1991, pp. 93) concluyeron que el instrumento en sí mismo aporta una medida de *distrés general* más que una categorización precisa de distintas dimensiones psicopatológicas. En simples palabras, el SCL-90-R “*puede considerarse más como un instrumento de cuantificación sintomática que de detección sindrómica.*” (De las Cuevas et al., 1991, pp. 93.).

Sobre este último punto Vassend y Skrondal (1999, pp. 690) indican que esto es el resultado de la alta intercorrelación entre algunas dimensiones, en consecuencia, habría discutir la pertinencia de considerar la estructura factorial como criterio de validez para una escala sintomática. Ellos concluyen que el

problema radica en que los síntomas presentan distribuciones y correlaciones específicas dependientes de la prevalencia poblacional y pueden estas divergencias afectar la estructura factorial global de la escala.

Curiosamente, Paap et al. (2012), encontraron que el predictor principal para el uso de una interpretación unidimensional (Índice global de severidad) o multidimensional (subescalas), fue el nivel de angustia autoinformado, de modo que los clientes con bajo grado de angustia tenían poca diferenciación entre los factores y las subescalas, mientras que los clientes con mayor nivel de angustia autoinformado estaban más diferenciados en las escalas.

Sobre la inconsistencia en la estructura factorial de las Cuevas et al. (1991) explican que se debe manera exclusiva al tipo de población de estudio:

El hecho de que nuestra muestra esté compuesta por sujetos en principio normales, es decir, no afectados de síndromes psiquiátricos específicos, puede explicar esta relativa inconsistencia. En efecto, la presencia de síntomas diversos de variable intensidad en un sujeto determinado no tiene nada que ver con la agrupación característica de síntomas que constituye un síndrome o entidad clínica, y el análisis factorial del Cuestionario de 90 Síntomas en la población general ha de mostrar en consecuencia variaciones con respecto a lo esperable en poblaciones de pacientes psiquiátricos. (pp. 4)

Por lo tanto, es razonable asumir que el presente trabajo posee las características necesarias de población para la replicar la estructura factorial propuesta por Derogatis (1977a) y publicada por Casullo y Pérez (2008).

En resumen, existen a la fecha una sumatoria de estudios con variedad de diseños y técnicas analíticas que permiten acumular vastas pruebas empíricas acerca de la validez, como así también, la amplitud de usos específicos del SCL-90-R.

3.5. Uso del SCL-90-R global y localmente

La extensa evidencia a favor de la utilidad, eficiencia y validez del SCL-90-R ha estimulado su adaptación transcultural, contabilizándose versiones en más de veintiún idiomas diferentes, partiendo originalmente del inglés incluyendo español (De las Cuevas et al., 1991), portugués (Laloni, 2001), alemán (Essau

et al., 2001), húngaro (Unoka et al., 2004), farsi (Siassi y Fozouni, 1982), italiano (Prunas et al., 2012), holandés (Smits et al., 2014), francés (Fortin et al., 1989), suizo (Eich et al., 2003), ruso (Tarabrina et al., 1996), sueco (Fridell et al., 2002), japonés (Tomioka, et al., 2008), coreano (Noh y Avison, 1992), chino (Tang et al., 1999), vietnamita (Hauff y Vaglum, 1995), hebreo (Roskin y Dasberg, 1983), danés (Olsen et al., 2004), zulú (Shanahan et al., 2001), urdu (Shafique et al., 2017) y noruego (Siqueland et al., 2016).

En la población hispanohablante se han realizado adaptaciones y estudios psicométricos locales del SCL-90-R en múltiples países como España (De las Cuevas et al., 1991; González de Rivera et al., 2002; Castaño et al., 2014; Martínez Azumendi, et al., 2001; Robles et al., 2002; Caparros-Caparros, et al., 2007), México (Cruz et al., 2005; Cárdenas et al., 2005; Martínez et al., 2005), Chile (Gempff Fuentealba y Avendaño Bravo, 2008), Perú (Quiroz Imán, 2017) y Colombia (Londoño et al. 2018).

En lo que respecta al marco local existe una extensa aplicación del SCL-90R en diversas poblaciones de Argentina, en población general y población con cáncer (Bonicatto et al., 1997), en adolescentes y adultos de la Provincia de Buenos Aires (Casullo y Pérez, 2008), en adolescentes (Casullo y Castro Solano, 1999, 2002; Casullo et al., 2008), en estudiantes adolescentes de nivel secundario (Casullo y Fernández-Liporace, 2001), en adultos (Casullo, 2004), en estudiantes de nivel universitario (Casullo y Pérez, 2004; Urquijo et al., 2013), por último, en adultos de la provincia de Mendoza (Sánchez et al. 2020). Sin embargo, en población clínica se presenta una única investigación realizada con residentes de la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires (Sánchez y Ledesma, 2009).

3.6. Normas de uso del SCL-90-R

Con respecto a las normas de uso o baremos, Derogatis (1994) realizó medidas diferenciadas según sexo, rango etario (adolescentes versus adultos), población clínica contra población general y construyó un baremo de población clínica según gravedad (pacientes internados versus pacientes ambulatorios).

Por su parte, en la adaptación española del instrumento (González de Rivera, 2002, pp. 39-43), se distinguen cinco baremos para población general,

diferenciados por sexo, varones (N=252) y mujeres (N=278), de pacientes con disfunción témporo-mandibular (N=98) y de pacientes psiquiátricos, diferenciados por sexo, varones (N=83) y mujeres (N=136).

En cambio, en la adaptación argentina del inventario, Casullo y Pérez (2008) realizaron cuatro baremos para población general de la provincia de Buenos Aires, diferenciados por sexo y edad. Baremo de adultos de 25 a 60 años, varones (N=379) y mujeres (N=381) y baremo de adolescentes de 12 a 19 años, varones (N=275) y mujeres (N=313).

El baremo clínico de Sánchez y Ledesma (2009) en población de la ciudad de Mar del Plata, en adultos de 18 a 65 años, diferenciados por sexo, varones (N=195) y mujeres (N=375).

Existe un último baremo de población general de Sánchez et al. (2020) del Gran Mendoza, en adultos de 18 a 83 años, diferenciados por sexo, varones (N=187) y mujeres (N=574).

4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

*“La gran tragedia de
la ciencia,
el asesinato de una
bella hipótesis
por un hecho feo.”*

Thomas Henry Huxley

4.1. Objetivo General

- Brindar datos normativos de la SCL-90-R para población clínica para la Provincia de Mendoza.

4.2. Objetivos específicos

- Reportar resultados sobre las distribuciones de respuesta, la distribución de frecuencias de las dimensiones e índices globales con respecto del género, nivel educativo y estado civil, reportar las distribuciones de respuesta en relación a las puntuaciones para los tres índices globales y para las nueve dimensiones primarias de síntomas del SCL-90R.
- Aportar evidencias empíricas sobre patrones de síntomas de relevancia clínica a través de la SCL-90R en pacientes de primera consulta psicológica con trastornos emocionales residentes de la Provincia de Mendoza.
- Comparar los datos obtenidos con otros estudios semejantes en población argentina.

5. MÉTODO

“El camino no es un método;
esto debe quedar claro.
El método es una técnica,
un procedimiento para
obtener el control del camino.”

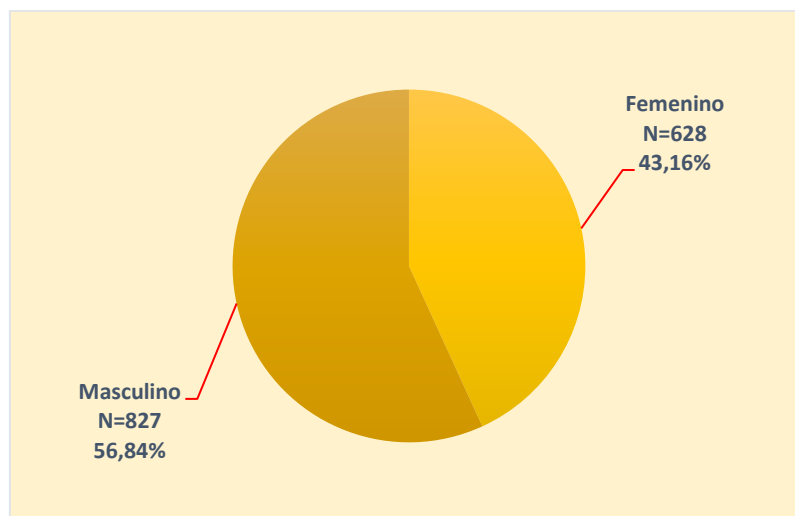
Jacques Derrida

5.1. Muestra

El SCL-90-R fue administrado a una muestra compuesta por un N Total de 1455 mayores de edad (18 años en adelante) residentes de la Provincia de Mendoza (Rep. Argentina), de ambos sexos, de los cuales 628 (43,16%) fueron mujeres, mientras que 827 (56,84%) fueron hombres, todos asisten a terapia psicológica en primera consulta por trastornos emocionales⁸ (Ver Gráfico N1).

Gráfico 1

Frecuencia y porcentaje de sujetos por género



El cálculo de la frecuencia de los atributos en los sujetos de la muestra arroja los siguientes datos:

⁸ "[...] la investigación de procesos básicos ha generado pruebas consistentes acerca de las manifestaciones ansiosas y depresivas que forman parte de un espectro clínico común conocido como trastornos emocionales (Brown, 2011)." Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2020).

La Tabla 5 presenta los estadísticos descriptivos de la variable Edad de la muestra general (número de sujetos, media y desviación típica, mínimo y máximo, respectivamente), se puede observar que oscila en un rango de edades en su extremo mínimo de 18 y un máximo de 73 años. La edad media de los sujetos es de 39,43 años, con una desviación típica de 13,63 (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Estadísticos descriptivos por Edad

N	1455
M	39,43
D.S	13,63
Asimetría	0,343
Mín.	18
Máx.	73

La Tabla 6 presenta los estadísticos descriptivos de la variable edad discriminado por género masculino, se puede observar un N de 827 de la muestra total, la edad oscila en un rango mínimo de 18 y un máximo de 73 años. La edad media de los varones fue de 40,90 años, la desviación estándar es 14,14, con una asimetría de 0,14 y una curtosis de -0.99 (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos de Edad por Género

Masculino						
N	Mín.	Máx.	M	D.S.	Asimetría	Curtosis
827	18	73	40,90	14,14	0,14	-0,99

La Tabla 7 presenta los estadísticos descriptivos de la variable edad discriminado por género femenino, se puede observar que un N de 628 de la muestra total, la edad oscila en un rango mínimo de 18 y un máximo de 73 años. La edad media de las mujeres fue de 37,49 años, con una desviación típica de 12,69, con una asimetría de 0,63 y una curtosis de -0.26 (Ver Tabla 7).

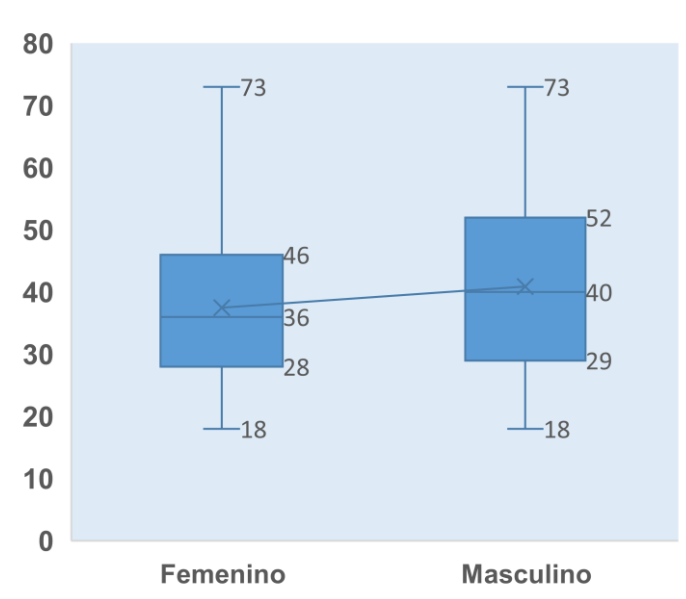
Tabla 7

Estadísticos descriptivos de Edad por Género

Femenino						
N	Mín.	Máx.	M	D.S.	Asimetría	Curtosis
628	18	73	37,49	12,69	0,63	-0,26

Gráfico 2

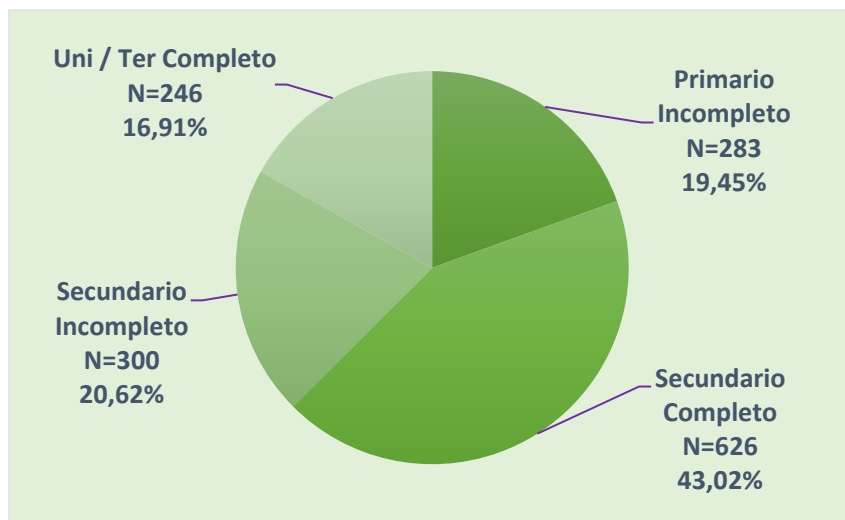
Edad discriminada por género



El Nivel Educativo de la muestra se encuentra comprendido por los siguientes porcentajes, el 19,45% de los sujetos posee Primario Incompleto, el 20,62% Secundario Incompleto, el 43,02% Secundario Completo y el 16,91% Universitario/Terciario Completo (Ver Gráfico 3)

Gráfico 3

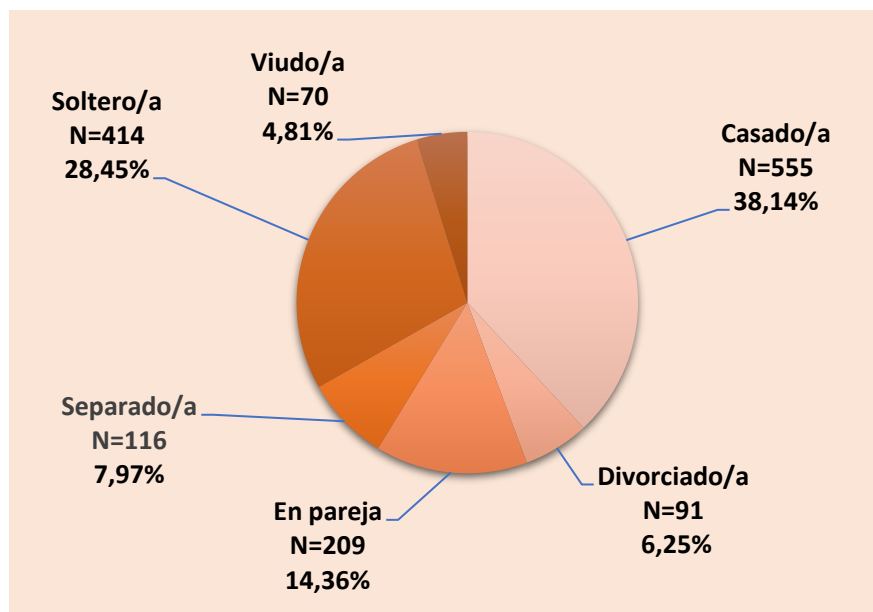
Frecuencia y porcentaje de sujetos por Nivel Educativo



El Estado Civil de la muestra se encuentra comprendido por los siguientes porcentajes, el 38,14% de los sujetos está Casado/a, el 28,45% Soltero/a, el 14,36% en pareja, el 7,97% Separado/a, el 6,25% Divorciado/a y, por último, el 4,81% Viudo/a. (Ver Gráfico 4).

Gráfico 4

Frecuencia y porcentaje de sujetos por estado civil



5.2. Instrumento

El Inventario de 90 Síntomas de Derogatis Revisado o SCL-90-R (Derogatis Symptom Checklist, Revised) es un instrumento psicométrico de autoaplicación de origen norteamericano desarrollado por Leonard Derogatis (1973, 1994) para parametrizar el grado de malestar psicológico o distrés actual que experimenta un sujeto y es de reconocida utilidad para la detección de un amplio rango de sintomatología psicopatológica. El método de la autoaplicación en la cuantificación de síntomas ha ido ganando adeptos a lo largo del tiempo porque además del ahorro de tiempo y de personal que supone, presenta otras ventajas que complementan el método clásico de la entrevista.

El término Checklist (Inventario) fue acuñado para designar cuestionarios sencillos, que consistían en una simple lista de posibles síntomas que podía experimentar el individuo, en la cual el sujeto debía marcar su presencia. En cambio, el término Rating Scale (Escala de valoración) introdujo un criterio estimativo relacionado a la gravedad o intensidad de los síntomas inventariados que podían ser señalados y a la vez puntuados de acuerdo con una escala de graduación. A pesar de las diferencias, se sostiene una gran flexibilidad terminológica, siendo el SCL-90-R en rigor una escala de valoración que mantiene la denominación de inventario.

El Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (Derogatis Symptom Checklist, Revised [SCL-90-R]) adaptación UBA, CONICET (1999/2008) de la Prof. M.M. Casullo, respeta la estructura original, consiste en un listado de 90 problemas psicopatológicos que responden a 9 dimensiones y dan un variado nivel de gravedad, frente a cada uno de los ítems se 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 anterior.

Por lo tanto, el SCL-90-R evalúa al individuo sobre la existencia e intensidad de 90 síntomas psiquiátricos y psicosomáticos, valorándose la intensidad de cada síntoma a través de una escala Likert de cinco opciones de intensidad a saber: "Nada", "Muy poco", "Poco", "Bastante" y "Mucho", en un valor que va en un rango de 0 a 4 puntos. Es una prueba que puede ser evaluada de manera individual o grupal, en papel y lápiz, con una copia de un ejemplar

autocorregible o en formato digital. La toma del inventario tiene un tiempo promedio entre 12 y 15 minutos.

Según Derogatis, la escala evalúa e interpreta nueve dimensiones primarias, una dimensión miscelánea y tres índices globales de malestar psicológico. Las escalas primarias: 1) Somatizaciones (SOM) 2) Obsesiones y compulsiones (OBS) 3) Sensitividad interpersonal (S.I.) 4) Depresión (DEP) 5) Ansiedad (ANS) 6) Hostilidad (HOS) 7) Ansiedad fóbica (FOB) 8) Ideación paranoide (PAR) 9) Psicoticismo (PSIC). La escala miscelánea o Ítems Adicionales (de relevancia clínica) compuesta por las respuestas 19, 44, 59, 60, 64, 66 y 89. Por último, los tres índices globales: 1) Índice global de severidad (IGS) 2) Total de síntomas positivos (TSP) 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

Según Casullo y Fernández (2001, pp. 158) la confiabilidad de la versión argentina de la escala en población general se sustenta en los siguientes parámetros: a) Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,96; b) Coeficiente Guttman, división por mitades de 0,92 y c) Coeficiente de Spearman – Brown de 0,92. Además, para cada una de las dimensiones las autoras refieren los siguientes coeficientes alfa de Cronbach a saber: Somatizaciones de 0,75, Obsesiones y Compulsiones de 0,75, Sensibilidad Interpersonal de 0,76, Depresión de 0,79, Ansiedad de 0,80, Hostilidad de 0,72. Ansiedad Fóbica de 0,70, Paranoia de 0,67 y Psicoticismo de 0,75.

Por otro lado, en población clínica argentina, Sánchez y Ledesma (2009, pp. 270) refieren un Alfa de Cronbach general de 0,97 y para las dimensiones primarias los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: Somatizaciones de 0,84, Obsesiones y Compulsiones de 0,81, Sensibilidad Interpersonal de 0,78, Depresión de 0,86, Ansiedad de 0,85, Hostilidad de 0,75. Ansiedad Fóbica de 0,80, Paranoia de 0,77 y Psicoticismo de 0,78.

Por último, en población general del Gran Mendoza, Sánchez et al. (2020, pp. 4) refieren un Alfa de Cronbach general de 0,97 y para las dimensiones primarias los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: Somatizaciones de 0,86, Obsesiones y Compulsiones de 0,86, Sensibilidad Interpersonal de 0,83, Depresión de 0,88, Ansiedad de 0,86, Hostilidad de 0,76. Ansiedad Fóbica de 0,78, Paranoia de 0,75 y Psicoticismo de 0,79.

5.3. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de la muestra se llevó a cabo en una institución privada de salud mental de la provincia de Mendoza, durante el período comprendido entre los meses de enero a agosto del 2021. Los sujetos de investigación son residentes de la provincia de Mendoza que solicitaron psicoterapia por trastornos emocionales.

Se les aplicó como medida de síntomas clínicos el Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) a través de la plataforma Google Forms (<https://forms.gle/zqiwHyzaVVCpDTBK6>).

Previamente al inicio de la toma, se les brindo consentimiento informado⁹ (Ver Anexo II) siguiendo los lineamientos éticos para la investigación con humanos¹⁰. Se verificó que el cliente diera el consentimiento, luego se solicitó que comenzará por la lectura de las instrucciones del inventario, asegurando que

9 La Federación de Psicólogos de la República Argentina en su Código de Ética Nacional (2013) señala:

4.3. Los psicólogos responsables de proyectos de investigación obtendrán el consentimiento informado de los sujetos o de sus representantes legales. No será exigible el consentimiento cuando la investigación se asiente en encuestas anónimas u observaciones no creadas en forma experimental; pero se tendrá particular cuidado en que, el uso de tales técnicas, así como la eventual publicación de los resultados, no dañe la intimidad de las personas involucradas.”. FePra. (2013). Código de Ética. Bs. As. pp. 11.

10 La Federación de Psicólogos de la República Argentina en su Código de Ética Nacional (2013) señala:

4.2. La investigación psicológica se efectuará en acuerdo con las normas éticas establecidas para la investigación y con las leyes nacionales y provinciales pertinentes; se planificará y realizará, enmarcada en proyectos de investigación de instituciones reconocidas; respetará las pautas de diseño, desarrollo y validación propias del conocimiento científico; será coherente con las valoraciones propias del paradigma utilizado; estará abierta a control de instituciones públicas dedicadas a (o relacionadas con) la investigación científica”. FePra. (2013, pp.11).

comprendiera la consigna, paso seguido procedieron a autocompletar el inventario en la plataforma.

Durante la toma, el investigador permaneció en el entorno para resolver eventuales dudas, la duración promedio fue de 20 minutos, al finalizar la tarea la plataforma Google Forms salvó los datos en una planilla Excel resguardada bajo encriptación con acceso único por parte del investigador.

5.4. Procedimiento de análisis de los datos

Para el procesamiento de la información se utilizó un paquete estadístico bajo entorno Windows para las ciencias sociales, se procedió a realizar un análisis de los datos mediante estadísticos descriptivos de frecuencia para las variables del SCL-90-R de Género, Edad, Nivel Educativo y Estado Civil.

Inmediatamente, se procedió a realizar un análisis descriptivo de medias y desviación estándar por ítem, como así también, de las escalas clínicas e índices globales. Luego se evaluó la fiabilidad del instrumento administrado y de sus respectivos factores (dimensiones), mediante el índice alfa de Cronbach.

Además, se efectuaron los análisis de correlaciones entre ítems, realizando una comparación de las diferencias de medias en función de la variable género, análisis de diferencias de medias por categorías en pareja vs. sin pareja, análisis de ANOVA por Nivel Educativo, comparación de medias y D.S. con estudios anteriores. Finalmente, se concluyó el procedimiento con un análisis factorial exploratorio de las 9 dimensiones clínicas formuladas por Derogatis, replicadas por Casullo en Argentina.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

*“Los números tienen
una historia importante
que contar.
Dependen de ti,
para darles una voz. “*

Stephen Few

6.1. Análisis descriptivos de las escalas clínicas, ítems por escala clínica, ítems adicionales e índices globales.

La **Tabla 8** presenta los estadísticos descriptivos (número de sujetos - N, media - M y desviación estándar - D.S., respectivamente) para cada una de las escalas clínicas. Como se puede observar, la escala “Hostilidad” fue la que presentó menor frecuencia sintomatológica (M=1,06; D.S.=0,85); siendo la escala “Obsesiones y compulsiones” la que mayor puntuación media obtuvo (M=1,74; D.S.=0,94).

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas

	N	M	D.S.
Somatizaciones	1455	1,32	0,85
Obsesiones y compulsiones	1455	1,74	0,94
Sensitividad Interpersonal	1455	1,23	0,86
Depresión	1455	1,62	0,90
Ansiedad	1455	1,52	0,95
Hostilidad	1455	1,06	0,85
Ansiedad Fóbica	1455	1,29	1,04
Ideación Paranoide	1455	1,44	0,99
Psicoticismo	1455	1,10	0,80

A continuación, se exponen los estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems que componen las escalas clínicas.

En la Tabla 9 se puede observar que el ítem con mayor frecuencia media fue el 27: “Dolores de cabeza” (M=2,18 D.S.=1,43); siendo el ítem 12: “Dolores en el pecho” (M=0,96; D.S.=1,36) el de menor presencia en la escala “Somatizaciones”.

Tabla 9

Estadísticos descriptivos ítems escala “Somatizaciones”

Nº Ítem	N	M	D.S.
1. Dolores de cabeza	1455	2,18	1,43
4. Sensación de desmayo o mareo	1455	1,20	1,40
12. Dolores en el pecho	1455	0,96	1,36
27. Dolores en la espalda	1455	2,00	1,51
40. Náuseas o dolor de estómago	1455	1,42	1,43
42. Calambres en manos, brazos o piernas	1455	1,34	1,44
48. Tener dificultades para respirar bien	1455	1,00	1,32
49. Ataques de frío o de calor	1455	1,03	1,40
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo	1455	1,49	1,45
53. Tener un nudo en la garganta	1455	1,69	1,51
56. Sentirse flojedad, debilidad, en partes del cuerpo	1455	2,06	1,47
58. Sentir mis brazos y las piernas muy pesados	1455	1,20	1,43

En la Tabla 10, se observa que el ítem 10: “Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo” (M=2,41; D.S.=1,38) fue el de mayor índice en esta escala; siendo el ítem 51: “Sentir que la mente queda en blanco” (M=1,07; D.S.=1,33) el que obtuvo menor puntuación en la escala de “Obsesiones y compulsiones”

Tabla 10

Estadísticos descriptivos ítems escala “Obsesiones y compulsiones”

Nº Ítems	N	M	D.S.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	1455	1,55	1,45
9. Tener dificultad para memorizar cosas	1455	2,27	1,45
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo	1455	2,41	1,38
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer	1455	2,06	1,50
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que estén bien hechas	1455	1,74	1,50
45. Tener que controlar una y otra vez lo que hago	1455	1,81	1,42
46. Tener dificultades para tomar decisiones	1455	1,26	1,48
51. Sentir que la mente queda en blanco	1455	1,07	1,33
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	1455	1,90	1,45
65. Repetir muchas veces algo que hago: tocar, contar, lavar cosas, etc.	1455	1,41	1,51

En la Tabla 11, el ítem 73: “Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público” (M=0,83; D.S.=1,19) fue el que obtuvo menor presencia sintomatológica; siendo el ítem 36: “Sentir que no me comprenden” el que obtuvo mayor puntuación media en la escala de “Sensitividad Interpersonal” (M=1,55; D.S.=1,45).

Tabla 11

Estadísticos descriptivos ítems escala “Sensitividad Interpersonal”

N° Ítems	N	M	D.S.
6. Criticar a los demás	1455	1,19	1,32
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo	1455	0,98	1,37
34. Sentirme herido en mis sentimientos	1455	1,44	1,50
36. Sentir que no me comprenden	1455	1,55	1,45
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto	1455	1,25	1,39
41. Sentirme inferior a los demás	1455	1,29	1,41
61. Sentirme incómodo cuando me miran o hablan de mí	1455	1,16	1,37
69. Estar muy pendiente de los que los demás puedan pensar de mí	1455	1,40	1,44
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	1455	0,83	1,19

En la Tabla 12, se observa que el ítem 15: “Pensar en quitarme la vida” (M=0,40; D.S.=0,96) fue el que presentó menor índice de presencia en esta escala; siendo el ítem 30: “Sentirme triste” el que obtuvo mayor frecuencia media en la escala depresión (M=2.64; D.S.=1,38).

Tabla 12

Estadísticos descriptivos ítems escala “Depresión”

N° Ítems	N	M	D.S.
5. Falta de interés en relaciones sexuales	1455	1,46	1,39
14. Sentirme con muy pocas energías	1455	1,54	1,53
15. Pensar en quitarme la vida	1455	0,40	0,96
20. Llorar por casi cualquier cosa	1455	1,16	1,46
22. Sentirme atrapada/o o encerrado	1455	1,14	1,43
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren	1455	1,82	1,48
29. Sentirme solo/a	1455	2,33	1,54
30. Sentirme triste	1455	2,64	1,38
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	1455	2,26	1,48
32. No tener interés por nada	1455	1,66	1,50
54. Perder las esperanzas en el futuro	1455	1,83	1,51
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	1455	1,66	1,55
79. Sentirme un/a inútil	1455	1,24	1,44

En la **Tabla 13**, se observa que el ítem 2: “Nerviosismo” (M=2,40; M=1,35) fue el de mayor prevalencia en la escala; siendo el ítem 72: “Tener ataques de mucho miedo o pánico” (M=0,89; D.S.=1,32) el que obtuvo menor puntuación en la escala de “Ansiedad”.

Tabla 13

Estadísticos descriptivos ítems escala “Ansiedad”

N° Ítems	N	M	D.S.
2. Nerviosismo	1455	2,40	1,35
17. Temblores en mi cuerpo	1455	1,30	1,45
23. Asustarme de repente sin razón alguna	1455	1,36	1,49
33. Tener miedos	1455	2,08	1,52
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera	1455	1,54	1,46
57. Sentirse muy nervioso/a, agitado/a	1455	1,88	1,50
72. Tener ataques de mucho miedo o pánico	1455	0,89	1,32
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	1455	1,43	1,47
80. Sentir que algo malo me va a pasar	1455	1,11	1,37
86. Tener imágenes o pensamientos que me dan miedo	1455	1,28	1,43

Respecto a la Tabla 14, el ítem con mayor puntuación fue el 11: “Sentirme enojado/a, malhumorado/a” (M=1,75; M=1,46); siendo el ítem 81: “Gritar o de tirar cosas” el de menor prevalencia sintomatológica (M=0,64; M=1,17) de la escala “Hostilidad”.

Tabla 14

Estadísticos descriptivos ítems escala “Hostilidad”

N° Ítems	N	M	D.S.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a	1455	1,75	1,46
24. Explotar y no poder controlarme	1455	1,08	1,40
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien	1455	0,92	1,36
67. Necesitar romper o destrozar cosas	1455	0,98	1,34
74. Meterme muy seguido en discusiones	1455	1,05	1,29
81. Gritar o de tirar cosas	1455	0,64	1,17

En la Tabla 15, se observa que el ítem 47: “Tener miedo de viajar en tren, ómnibus, auto o subterráneos, etc.” es el de menor puntuación media (M=0,84; M=1,30); siendo el ítem 70: “Sentirse muy incómodo en lugares donde hay mucha gente” el de mayor frecuencia en relación escala “Ansiedad Fóbica” (M=1,81; D.S.=1,57).

Tabla 15*Estadísticos descriptivos ítems escala "Ansiedad Fóbica",*

N° Ítems	N	M	D.S.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles	1455	1,55	1,55
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa	1455	1,30	1,50
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus, auto o subterráneos, etc.	1455	0,84	1,30
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	1455	1,12	1,39
70. Sentirse muy incómodo en lugares donde hay mucha gente	1455	1,81	1,57
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a	1455	1,48	1,49
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente	1455	0,93	1,35

En la Tabla 16 se observa que el ítem 8: "Sentir que otros son culpables de lo que me pasa" (M=1,71; M=1,50) fue el de mayor presencia sintomatológica; siendo el ítem 83: "Sentir que se aprovechan de mi si los dejo" (M=0,98; M=1,37) el que obtuvo menor frecuencia media en la muestra respecto a la escala "Ideación Paranoide".

Tabla 16*Estadísticos descriptivos ítems escala "Ideación Paranoide",*

	N	M	D.S.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	1455	1,71	1,50
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas	1455	1,47	1,41
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí	1455	1,43	1,52
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden	1455	1,40	1,44
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco	1455	1,68	1,48
83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo	1455	0,98	1,37

En lo que respecta a la escala Psicoticismo, se observa en la Tabla 17 que el ítem 16: "Escuchar voces que otras personas no oyen" fue el de menor intensidad (M=0,61; M=1,12); siendo el ítem 87: "Sentir que algo anda mal en mi cuerpo" el que mayor presencia obtuvo en la muestra (M=1,68; M=1,47).

Tabla 17

Estadísticos descriptivos ítems escala "Psicoticismo"

N° Ítems	N	M	D.S.
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	1455	1,15	1,42
16. Escuchar voces que otras personas no oyen	1455	0,61	1,12
35. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando	1455	1,33	1,47
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos	1455	0,74	1,21
77. Sentirse solo aun estando con gente	1455	1,52	1,45
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	1455	0,70	1,18
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	1455	0,87	1,29
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	1455	1,68	1,47
88. Sentirse alejado/a de las demás personas	1455	1,62	1,45
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	1455	0,83	1,35

En la Tabla 18 se observa que el ítem 44: "Tener problemas para dormirme" (M=1,74; M=1,49) fue el de mayor presencia sintomatológica; siendo el ítem 59: "Pensar que me estoy por morir" (M=0,97; M=1,31) el que obtuvo menor frecuencia media en la muestra respecto a la escala "Ítems Adicionales".

Tabla 18

Estadísticos descriptivos ítems escala "Ítems Adicionales"

N° Ítems	N	M	D.S.
19. No tener ganas de comer	1455	1,49	1,50
44. Tener problemas para dormirme	1455	1,74	1,49
59. Pensar que me estoy por morir	1455	0,97	1,31
60. Comer demasiado	1455	1,34	1,41
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	1455	1,32	1,49
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a	1455	1,32	1,51
89. Sentirme culpable	1455	1,60	1,49

En la Tabla 19 se representan los estadísticos descriptivos para cada uno de los índices que la prueba presenta: el IGS o Índice Global de Severidad, el PST o Índice de Síntomas Positivos y, por último, el IMSP o Índice de Malestar de Síntomas Positivos.

Tabla 19*Estadísticos descriptivos Índices Globales*

	N	M	D.S.
Índice Global de Severidad – IGS	1455	1,40	0,79
Total de Síntomas Positivos – TSP	1455	50,73	21,27
Índice de Malestar Sintomático Positivo – IMSP	1455	2,33	0,61

6.2. Análisis de diferencias de medias por género

En lo que respecta a ambos géneros se puede observar en la Tabla 20 que la escala “Hostilidad” fue la que presentó menor frecuencia sintomatológica (Masculino M=1,14; D.S.=0,83; Femenino M=0,97; D.S.=0,88); siendo la escala “Obsesiones y compulsiones” la que mayor puntuación media obtuvo (Masculino M=1,88; D.S.=0,91; Femenino M=1,57; D.S.=0,95).

En la Tabla 20 se presentan las diferencias de medias por género (número de sujetos=N; media=M y desviación estándar=D.S., respectivamente), se realizó una comparación de medias de muestras independientes, se indican los valores de t y Sig. (p. valor <0.005). En consecuencia, se puede concluir que las medias del género masculino resultaron significativamente superiores a las del género femenino en todas las variables.

Sobre el tamaño del efecto d (Cohen) se puede observar, en general, las magnitudes de efecto resultaron ser medios y pequeños. (Ver tabla 20).

Tabla 20*Diferencias de medias por género.*

Escala	Masculino			Femenino			Prueba T para igualdad de M		d
	N	M	D.S	N	M	D.S	t	Sig.	
Somatizaciones	827	1.48	0.82	628	1.12	0.85	8.06	0.000	0,52
Obsesiones y Compulsiones	827	1.88	0.91	628	1.57	0.95	6.43	0.000	0,36
Sensitividad Interpersonal	827	1.31	0.85	628	1.13	0.89	4.02	0.000	0,24
Depresión	827	1.77	0.87	628	1.44	0.92	6.93	0.000	0,41
Ansiedad	827	1.67	0.93	628	1.34	0.97	6.77	0.000	0,37
Hostilidad	827	1.14	0.83	628	0.97	0.88	3.81	0.000	0,23
Ansiedad Fóbica	827	1.46	1.03	628	1.07	1.01	7.09	0.000	0,37
Ideación Paranoide	827	1.54	0.94	628	1.32	1.04	4.18	0.000	0,22
Psicoticismo	827	1.18	0.77	628	1.00	0.84	4.25	0.000	0,28
Ítems Adicionales	827	1.49	0.85	628	1.28	0.89	4.67	0.000	0,28
Índice Global de Severidad	827	1.52	0.75	628	1.24	0.81	6.77	0.000	0,46
Total de Síntomas Positivos	827	53.61	19.39	628	46.95	22.98	5.98	0.000	0,01
Índice de Malestar Sintomático Positivo	827	2.43	0.57	628	2.2	0.63	7.44	0.000	0,64

6.3. Análisis de diferencias de medias por categorías en pareja vs. sin pareja.

En lo que respecta a las medias de los sujetos “en pareja” como los sujetos “sin pareja” se puede observar en la Tabla 21 que la escala “Hostilidad” fue la que presentó menor frecuencia sintomatológica (En pareja M=1,07; D.S.=0,85; Sin pareja M=1,06; D.S.=0,86); siendo la escala “Obsesiones y compulsiones” la que mayor puntuación media obtuvo (En pareja M=1,72; D.S.=0,94; Sin pareja M=1,77; D.S.=0,95)

En la Tabla 21 presenta las diferencias de medias por categorías en pareja vs sin pareja (número de sujetos=N; media=M y desviación estándar=D.S., respectivamente), se realizó una comparación de medias de muestras independientes, se indican los valores de t y Sig. (p. valor <0.005). En la mencionada tabla no se observan diferencias significativas de las escalas entre los individuos “en pareja” y “sin pareja”, con excepción de la escala de “Sensitividad Interpersonal”, donde la media de los sujetos “sin pareja” es significativamente superior a la que obtuvieron los sujetos “en pareja”.

Tabla 21

Análisis de diferencias de medias por categorías en pareja vs. sin pareja.

Escala	En Pareja			Sin Pareja			Prueba T para igualdad de M	
	N	M	D.S	N	M	D.S	t	Sig.
Somatizaciones	764	1.34	0.85	621	1.30	0.86	1.04	0.301
Obsesiones y Compulsiones	764	1.72	0.94	621	1.77	0.95	0.94	0.347
Sensitividad Interpersonal	764	1.18	0.84	621	1.31	0.90	2.93	0.003
Depresión	764	1.61	0.89	621	1.64	0.93	0.59	0.557
Ansiedad	764	1.53	0.94	621	1.53	0.98	0.06	0.950
Hostilidad	764	1.07	0.85	621	1.06	0.86	0.12	0.901
Ansiedad Fóbica	764	1.31	1.04	621	1.24	1.05	1.24	0.216
Ideación Paranoide	764	1.43	0.97	621	1.46	1.02	0.54	0.588
Psicoticismo	764	1.08	0.78	621	1.13	0.83	1.00	0.318
Ítems Adicionales	764	1.38	0.87	621	1.43	0.88	1.00	0.315
Índice Global de Severidad	764	1.39	0.77	621	1.41	0.81	0.50	0.620
Total de Síntomas Positivos	764	50.69	21.50	621	50.95	21.13	0.22	0.822
Índice de Malestar Sintomático Positivo	764	2.33	0.60	621	2.31	0.62	0.44	0.658

6.4. Análisis de ANOVA por Nivel Educativo.

Tabla 22.

ANOVA para Nivel Educativo

	(A) N=283		(B) N=926		(C) N=246		F	SCHEFFE
	M	D.S.	M	D.S.	M	D.S.		
SOM	1,42	0,88	1,40	0,83	0,94	0,80	31,44	A>B>C**
OBS	1,85	0,96	1,81	0,93	1,41	0,87	20,18	A>B>C**
SI	1,34	0,93	1,26	0,86	1,00	0,78	11,74	A>B>C**
DEP	1,66	0,93	1,68	0,88	1,40	0,95	9,59	B>A>C**
ANS	1,63	1,00	1,60	0,95	1,15	0,87	23,62	A>B>C**
HOS	1,13	0,89	1,13	0,86	0,78	0,77	17,09	A=B>C**
FOB	1,46	1,07	1,37	1,02	0,79	0,91	37,31	A>B>C**
PAR	1,55	1,04	1,52	0,99	1,04	0,85	25,76	A>B>C**
PSIC	1,21	0,88	1,17	0,78	0,75	0,70	30,01	A>B>C**
ITEMS	1,46	0,92	1,46	0,87	1,10	0,79	17,44	A=B>C**
IGS	1,49	0,70	1,46	0,77	1,06	0,72	27,91	A>B>C**
STP	52,14	20,89	52,54	20,70	42,33	21,88	23,86	B>A>C**
IMSP	2,42	0,67	2,38	0,57	2,05	0,62	32,11	A>B>C**

Nota: N= número de sujetos en cada grupo. NIVEL PRIMARIO (A): grupo primario incompleto y completo. NIVEL SECUNDARIO (B): grupo secundario incompleto y completo. NIVEL SUPERIOR (C): grupo terciario y universitario incompleto y completo. Se ha sustituido el cero y la coma decimal por un punto. El nivel de significación es: $P \leq * = 0.05$. $P \leq ** = 0.01$. n.s. = no significativa.

La Tabla 23 presenta un ANOVA y la significación estadística para cada una de las variables incluidas en el SCL-90-R para los grupos Nivel Primario, Nivel Secundario y Nivel Superior (de acuerdo al criterio antes mencionado en la tabla), en relación a la categoría Nivel Educativo.

En la mayoría de las variables seleccionadas es posible advertir diferencias significativas entre los grupos, siendo el Nivel Primario el que obtuvo una diferencia superior al resto de los grupos, excepto en dos variables en donde el grupo Nivel Secundario obtuvo mayor puntaje.

6.5. Comparación de Medias y D.S. con estudios locales anteriores

Tabla 24

Comparación de medias y D.S. con estudios anteriores.

Genero	Cebberos (2021)				Sánchez, et. al (2020)				Urquijo et al. (2013)				Casullo y Pérez (2008)				Sánchez y Ledesma (2008)			
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino	
	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S	M	D.S
SOM	1,12	0,85	1,48	0,82	0,99	0,73	0,64	0,60	0,46	0,44	0,27	0,29	0,85	0,62	0,57	0,48	1,08	0,78	0,68	0,60
OSB	1,57	0,95	1,88	0,91	1,42	0,84	1,27	0,77	0,60	0,49	0,57	0,48	1,12	0,70	1,00	0,69	1,63	0,79	1,52	0,83
S.I.	1,13	0,89	1,31	0,85	0,95	0,75	0,80	0,64	0,41	0,46	0,37	0,40	0,85	0,63	0,69	0,59	1,26	0,77	1,04	0,70
DEP	1,44	0,92	1,77	0,87	1,34	0,79	1,03	0,70	0,53	0,46	0,39	0,37	1,05	0,69	0,81	0,59	1,79	0,82	1,39	0,78
ANS	1,34	0,97	1,67	0,93	1,04	0,78	0,74	0,56	0,36	0,40	0,26	0,31	0,96	0,64	0,74	0,56	1,32	0,81	1,05	0,80
HOS	0,97	0,88	1,14	0,83	0,81	0,70	0,65	0,53	0,41	0,54	0,40	0,46	0,80	0,66	0,78	0,65	0,95	0,77	0,88	0,76
FOB	1,07	1,01	1,46	1,03	0,81	0,76	0,47	0,55	0,18	0,34	0,13	0,25	0,41	0,51	0,29	0,39	0,61	0,77	0,51	0,61
PAR	1,32	1,04	1,54	0,94	0,83	0,76	0,76	0,67	0,33	0,46	0,34	0,45	0,90	0,78	0,85	0,71	1,12	0,88	0,98	0,81
PSIC	1,00	0,84	1,18	0,77	0,66	0,60	0,56	0,55	0,19	0,30	0,17	0,27	0,52	0,49	0,46	0,47	0,85	0,66	0,81	0,70
ITEMS	1,28	0,89	1,49	0,85	1,23	0,71	1,08	0,67	0,46	0,49	0,38	0,42	-	-	-	-	-	-	-	-
IGS	1,24	0,81	1,52	0,75	1,04	0,61	0,81	0,50	0,41	0,35	0,33	0,28	0,16	0,09	0,13	0,07	1,23	0,60	1,02	0,59
TSP	46,95	22,98	53,61	19,39	43,98	18,61	38,36	17,66	24,95	15,00	21,77	14,06	38,78	16,71	33,82	17,05	46,80	16,10	41,40	17,20
IMSP	2,20	0,63	2,43	0,57	2,00	0,51	1,82	0,45	1,34	0,36	1,27	0,30	1,90	0,48	1,81	0,45	2,28	0,50	2,10	0,52
N	N=628		N=827		N=574		N=187		N=1101		N=499		N=381		N=379		N= 375		N=195	
	Muestra Clínica Mendoza				Muestra General Mendoza				Muestra Estudiantes UNLP				Muestra General Bs. As				Muestra Clínica Mar del Plata			

En la tabla 23 se pueden observar las medias y D.S. de los estudios realizados en la provincia de Mendoza, donde la escala “Hostilidad - HOS” fue la que presentó menor frecuencia (Cebberos, Femenino $M=0,97$ y $S.D.=0,88$, Masculino $M= 1,14$ y $S.D.=0,83$; Sánchez et al., Femenino: $M=0,81$ y $S.D.= 0,70$) excepto en la muestra masculina de Sánchez et al. donde la media de menor frecuencia fue la de “Ansiedad Fóbica - FOB” ($M=0,47$ y $S.D.=0,55$), en coherencia con el resto de los estudios realizados en Argentina (Urquijo et. al, Femenino $M=0,18$ y $S.D.=0,34$, Masculino $M= 0,13$ y $S.D.=0,25$; Casullo y Pérez, Femenino $M=0,41$ y $S.D.=0,51$, Masculino $M= 0,29$ y $S.D.=0,39$ y Sánchez y Ledesma, Femenino $M=0,61$ y $S.D.=0,77$, Masculino $M= 0,51$ y $S.D.=0,61$).

Por otro lado, en la misma tabla se pueden observar las medias y D.S. de todos los estudios realizados en Argentina, resultando la escala “Obsesiones y Compulsiones - OBS” la de mayor frecuencia (Cebberos, Femenino $M=1,57$ y $S.D.=0,95$, Masculino $M= 1,88$ y $S.D.=0,91$; Sánchez et al., Femenino: $M=1,42$ y $S.D.= 0,84$; Masculino $M= 1,27$ y $S.D.=0,77$; Urquijo et. al, Femenino: $M=1,60$ y $S.D.= 0,49$; Masculino $M= 0,57$ y $S.D.=0,48$; Casullo y Pérez, Femenino: $M=1,12$ y $S.D.= 0,70$; Masculino $M= 1,00$ y $S.D.=0,69$; Sánchez y Ledesma, Masculino $M= 1,52$ y $S.D.=0,83$) con la única excepción de la muestra femenina de Sánchez y Ledesma, en donde la media de mayor frecuencia resulto ser la escala “Depresión - DEP” ($M= 1,79$ y $S.D.=0,82$).

6.6. Análisis de fiabilidad del SCL-90-R

La Tabla 24 presenta la consistencia interna total de la prueba con una fiabilidad global altamente significativa con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,97. Valor idéntico al obtenido por Ledesma y Sánchez (2008) y Sánchez et al. (2020).

Tabla 24

Análisis de fiabilidad SCL-90-R

Escala Total	Coeficiente Alfa de Cronbach
N=90	0,97

6.7. Análisis de fiabilidad escalas clínicas del SCL-90-R

El análisis de la fiabilidad a través de la consistencia interna de las escalas en el presente estudio fue significativo: desde un intervalo Alfa de 0,77 en “Ideación paranoide” a un Alfa de 0,88 en “Somatizaciones”, como se puede observar en la Tabla 25.

El alfa de Cronbach de las escalas clínicas es significativamente mayor en comparación con los de la población de la provincia de Bs. As (Casullo y Fernández, 2001), posiblemente por el hecho de que sean adolescentes.

En cambio, se puede observar que los coeficientes alfa son similares con el estudio de Sánchez y Ledesma (2008), Sánchez et al. (2020) y la muestra original del Derogatis (1983) en poblaciones con adultos.

Tabla 25

Análisis de fiabilidad Escalas Clínicas SCL-90-R

	Alfa de Cronbach	Casullo y Fernández (2001)	Sánchez y Ledesma (2008)	Sánchez et al. (2020)	Derogatis (1983)	N° Ítems
Somatizaciones	0,88	0,75	0,84	0,86	0,86	12
Obsesiones y compulsiones	0,85	0,75	0,81	0,86	0,86	10
Sensitividad Interpersonal	0,80	0,76	0,78	0,83	0,86	9
Depresión	0,87	0,79	0,86	0,88	0,90	13
Ansiedad	0,86	0,80	0,85	0,86	0,85	10
Hostilidad	0,71	0,72	0,75	0,76	0,84	6
Ansiedad Fóbica	0,84	0,70	0,80	0,78	0,82	7
Ideación Paranoide	0,77	0,67	0,77	0,75	0,80	6
Psicoticismo	0,80	0,75	0,78	0,79	0,77	10

6.8. Análisis de correlaciones entre escalas.

En la Tabla 26 se puede observar que todas las correlaciones entre cada una de las diferentes escalas que componen la SCL-90-R significativas bilaterales con un $p < 0.01$, desde un rango mínimo de $r = 0.69$ (Psicoticismo y Hostilidad) hasta $r = 0.82$ (Somatizaciones y Ansiedad).

Tabla 26*Análisis correlacional (Rho de Spearman) escalas clínicas (N=1455).*

	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC
Somatizaciones	1.00	,76**	,67**	,73**	,82**	,65**	,72**	,69**	,73**
Obsesiones y Compulsiones	,76**	1.00	,74**	,81**	,81**	,68**	,68**	,73**	,75**
Sensitividad Interpersonal	,67**	,74**	1.00	,76**	,72**	,64**	,60**	,77**	,76**
Depresión	,73**	,81**	,76**	1.00	,79**	,67**	,60**	,73**	,76**
Ansiedad	,82**	,81**	,72**	,79**	1.00	,68**	,74**	,73**	,78**
Hostilidad	,65**	,68**	,64**	,67**	,68**	1.00	,55**	,69**	,69**
Ansiedad Fóbica	,72**	,68**	,60**	,60**	,74**	,55**	1.00	,64**	,72**
Ideación Paranoide	,69**	,73**	,77**	,73**	,73**	,69**	,64**	1.00	,78**
Psicoticismo	,73**	,75**	,76**	,76**	,78**	,69**	,72**	,78**	1.00

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

6.9. Análisis factorial exploratorio de los ítems que componen las nueve escalas clínicas de la SCL-90-R.

Considerando los resultados obtenidos de fiabilidad y análisis correlacional se realizará un Análisis Factorial Exploratorio con el objeto de profundizar en la validez de constructo del inventario. Para ello, es crucial valorar el puntaje KMO o Índice Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett.

Por un lado, la prueba KMO mide la adecuación de la muestra e indica qué tan apropiada es la aplicación del Análisis Factorial, cuyos valores oscilan entre 0.5 y 1. Por otro, la prueba de Esfericidad de Bartlett se utiliza para probar la Hipótesis Nula que afirma que las variables no están correlacionadas en la muestra. Por lo tanto, se pueden dar como válidos aquellos resultados que presenten un valor elevado y cuya fiabilidad sea menor a 0.05.

Tabla 27

Medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de esfericidad de Bartlett

KMO		0,98
Bartlett	Nivel Sig.	0,00

Como se podrá observar en la Tabla 27 los resultados de la medida de adecuación muestral KMO es de 0,98 (Maravilloso) y la Prueba de Esfericidad

de Bartlett indica un nivel sig. de 0,00. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se continúa con el Análisis Factorial Exploratorio.

Como se mencionó, este elemento de análisis (estructura factorial) es el que posee mayores discrepancias en el SCL-90-R. Por cuestiones lógicas de replicación, obliga a llevar a cabo un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax con ajuste Procrustes¹¹ como Derogatis y Cleary (1977a) aplicaron en su momento.

La estrategia de análisis Procrustes consiste en forzar la configuración de cargas factoriales hacia la esperada teóricamente, en este caso, la de nueve factores o escalas clínicas contenidas en 83 ítems y luego observar el ajuste de la solución obtenida. En sí, configura una estrategia de análisis factorial de carácter semi-confirmatoria.

El procedimiento se efectuó con el un paquete estadístico bajo entorno Windows para las ciencias sociales, siguiendo el planteo original, se consideró como criterio de pertenencia al factor que el ítem presentara una carga mayor o igual a 0,30 y superior a la obtenida en otros componentes.

Los resultados se pueden observar en la Tabla 28, los 9 factores llegan a explicar el 52.24% de la varianza. Sin embargo, a pesar de haber forzado las cargas, las saturaciones factoriales de cada uno de ellos fueron muy diferentes de lo que se pensaba a priori (Derogatis y Cleary. 1973^a; Casullo y Pérez, 2008). Prácticamente, todos los ítems saturaron de forma elevada en el primer factor, llegando a explicar el 26.97% de la varianza total.

11 Como señalan Gempp Fuentealba y Avendaño (2008):

En fecha más reciente este método ha sido recomendado como una alternativa plausible para evaluar la replicabilidad de la estructura factorial de inventarios de personalidad o clínicos en investigación transcultural, dado que evita la inflexibilidad de los métodos confirmatorios (que rara vez confirman las estructuras exploratorias) y, al mismo tiempo, permite prefijar una estructura factorial y evaluar el ajuste de la solución (McCrae et al., 1996; Paunonen, 1997). (pp.47)

Tabla 28*Análisis Factorial Exploratorio.*

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	26,97	32,50	32,50	26,97	32,50	32,50	10,01	12,06	12,06
2	5,31	6,40	38,90	5,31	6,40	38,90	8,99	10,84	22,90
3	2,19	2,64	41,54	2,19	2,64	41,54	5,75	6,93	29,84
4	2,01	2,43	43,97	2,01	2,43	43,97	4,35	5,24	35,08
5	1,61	1,94	45,92	1,61	1,94	45,92	4,12	4,97	40,06
6	1,44	1,74	47,66	1,44	1,74	47,66	2,99	3,60	43,66
7	1,37	1,65	49,31	1,37	1,65	49,31	2,86	3,45	47,12
8	1,23	1,48	50,80	1,23	1,48	50,80	2,73	3,29	50,41
9	1,20	1,44	52,24	1,20	1,44	52,24	1,52	1,83	52,24

El examen del Gráfico de sedimentación de Cattell sugiere retener solo 4 factores que explican 43,97% de la varianza reduciendo su fuerza a partir del factor 5.

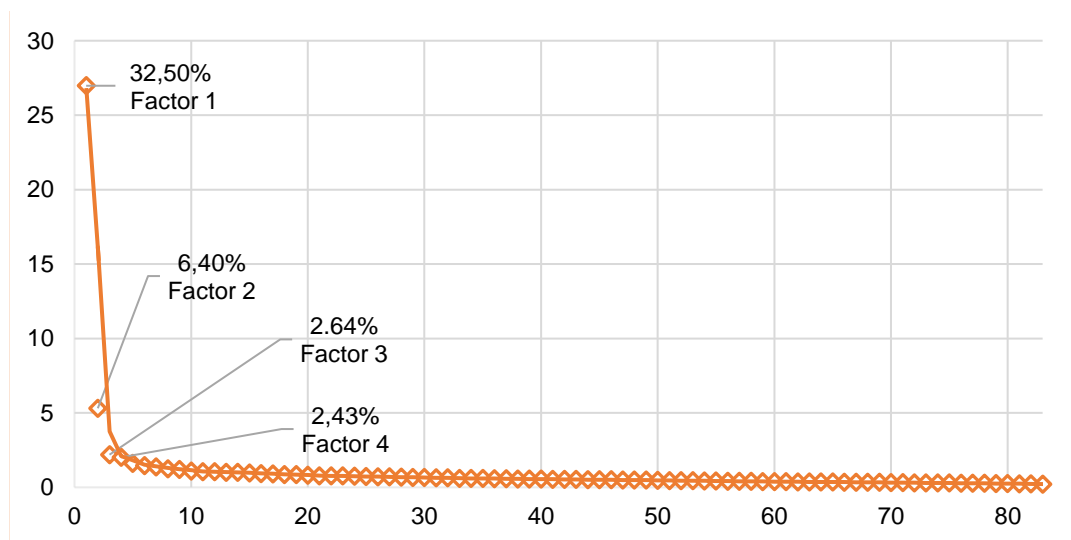
Gráfico 5*Gráfico de sedimentación de Catell*

Tabla 29

Matriz de factores_a

ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9
56 SOM	0,72								
57 ANS	0,70								
55 OBS	0,70								
54 DEP	0,67								
53 SOM	0,67								
77 PSIC	0,67								
87 PSIC	0,66								
79 DEP	0,66								
76 PAR	0,65								
33 ANS	0,65								
88 PSIC	0,65								
29 DEP	0,65		0,31						
30 DEP	0,64			-0,31					
70 FOB	0,64								
22 DEP	0,63								
23 ANS	0,63								
39 ANS	0,63								
75 FOB	0,63	-0,34							
32 DEP	0,62								
40 SOM	0,62						-0,30		
41 SI	0,61								
58 SOM	0,61								
51 OBS	0,61								
68 PAR	0,61								
28 OBS	0,61								
10 OBS	0,61			-0,32					
52 SOM	0,61								
80 ANS	0,60						0,31		
86 ANS	0,60								
78 ANS	0,60								
9 OBS	0,60								
43 PAR	0,60								
69 SI	0,59								
45 OBS	0,59								
50 FOB	0,59		-0,30						
18PAR	0,59								
36 SI	0,59		0,31						
24 HOS	0,58								
72 ANS	0,58								
27 SOM	0,57								
38 OBS	0,57								
42 SOM	0,57								
21 SI	0,57								
2 ANS	0,57								
8 PAR	0,57								
17 ANS	0,57	-0,30							
49 SOM	0,56								
48 SOM	0,56		-0,34						
25 FOB	0,56	-0,34							
37 SI	0,56								
82 FOB	0,56								
71 DEP	0,55	0,47							
61 SI	0,55								

26 DEP	0,55								
1 SOM	0,55	-0,40							
65 OBS	0,54	-0,35							
13 FOB	0,54	-0,49							
3 OBS	0,54	0,38							
12 SOM	0,53		-0,30						
47 FOB	0,52		-0,37						
35 PSIC	0,52	0,48							
20 DEP	0,52	0,35							
73 SI	0,52								
62 PSIC	0,51					0,35			
67 HOS	0,51	-0,39							
31 DEP	0,49	0,46							
85 PSIC	0,49								
11 HOS	0,48	0,45							
81 HOS	0,48								
16 PSIC	0,48	-0,32							
83 PAR	0,48			0,32					
7 PSIC	0,46								
15 DEP	0,46								
74 HOS	0,45								-0,35
4 SOM	0,45								
63 HOS	0,44	-0,33				0,32			
84 PSIC	0,43			0,34					
5 DEP	0,39								
6 SI	0,38								
90 PSIC	0,43	0,61							
14 DEP	0,48	0,60							
46 OBS	0,50	0,57							
34 SI	0,45	0,54							
Método de extracción: análisis de componentes principales.									
a. 9 componentes extraídos.									

Los resultados obtenidos en la Tabla 29 indican que el factor 1 aglutina casi la totalidad de los 83 ítems de las escalas clínicas, con excepción de cuatro ítems que saturan mejor en el factor 2. Esto sugiere que la estructura del instrumento revela un amplio factor relacionado con la presencia de sintomatología clínica heterogénea denominado por Robles Sánchez et al. (2002) como “Índice de Vulnerabilidad Psicopatológico”.

Tabla 30

Matriz de factores rotados_a

ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Dif. de Pesos	
14 DEP	0.754										
46 OBS	0.701										
90 PSIC	0.687										
11 HOS	0.667										
34 SI	0.662										
71 DEP	0.660						0.342			0.32	
31 DEP	0.648										
3 OBS	0.630									0.32	
57 ANS	0.592		0.373								
2 ANS	0.558										
20 DEP	0.549										
58 SOM	0.525				0.318					0.21	
55 OBS	0.483	0.330	0.457							0.15	0.03
24 HOS	0.476					0.321	0.413			0.15	0.06
18 PAR	0.458								0.322	0.14	
76 PAR	0.410	0.386		0.389						0.02	0.02
79 DEP	0.366						0.312			0.05	
29 DEP		0.734									
30 DEP	0.336	0.665								0.33	
32 DEP		0.584									
35 PSIC		0.574									
75 FOB		0.562									
33 ANS		0.545									
10 OBS	0.433	0.507								0.07	
54 DEP	0.320	0.491		0.308						0.06	0.17
13 FOB		0.491	0.434		0.322					0.17	0.18
1 SOM		0.487	0.341		0.374					0.15	0.12
28 OBS		0.485									
25 FOB		0.475						0.305		0.17	
70 FOB		0.473	0.375							0.10	
7 PSIC		0.473						0.328		0.15	
8 PAR		0.465									
77 PSIC	0.332	0.460								0.13	
23 ANS		0.453						0.407		0.05	
88 PSIC		0.448		0.432						0.02	
53 SOM	0.321	0.436			0.377					0.12	0.06
9 OBS		0.420	0.400							0.02	
26 DEP		0.415	0.403							0.01	
21 SI		0.395									
47 FOB			0.549								
38 OBS			0.546								
43 PAR		0.314	0.528							0.21	
65 OBS			0.493								
56 SOM		0.414	0.471		0.342					0.05	0.13
41 SI	0.381		0.456							0.07	
16 PSIC			0.445			0.307			0.348	0.14	0.10
51 OBS	0.322		0.441							0.12	
50 FOB			0.422				0.365			0.06	
45 OBS		0.316	0.413	0.367						0.09	0.04
86 ANS		0.326	0.385							0.06	

39 ANS	0.346		0.379		0.368					0.03	0.01
61 SI				0.602							
68 PAR		0.341		0.525						0.18	
36 SI	0.416			0.504						0.09	
37 SI			0.341	0.499						0.16	
69 SI				0.492							
78 ANS	0.342			0.435						0.09	
83 PAR	0.319			0.416				0.325		0.10	0.09
84 PSIC				0.359		0.326		0.316		0.03	0.04
6 SI	0.335			0.343						0.01	
52 SOM			0.409		0.510					0.10	
42 SOM					0.503						
4 SOM					0.493						
40 SOM				0.403	0.443					0.04	
87 PSIC	0.303				0.441					0.14	
17 ANS		0.412			0.439					0.02	
27 SOM	0.382				0.389					0.001	
82 FOB		0.328			0.385			0.332		0.05	0.05
74 HOS						0.592					
81 HOS	0.304					0.540				0.24	
67 HOS		0.394				0.498				0.10	
63 HOS		0.305				0.485			0.323	0.18	0.16
85 PSIC						0.407					
72 ANS	0.427						0.480	0.325		0.05	0.16
49 SOM					0.332		0.473			0.14	
22 DEP	0.367	0.349					0.461			0.09	0.11
12 SOM	0.379				0.363		0.448			0.07	0.09
48 SOM			0.367				0.392			0.03	
73 SI								0.527			
62 PSIC	0.321							0.504		0.12	
80 ANS	0.388							0.479		0.09	
5 DEP	0.326							0.330		0.003	
15 DEP	0.375								0.436	0.06	

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 15 iteraciones.

De los 83 ítems, 33 presentaron pesos similares en más de un factor; es decir, una de las saturaciones fue igual o superior a 0,30 y la diferencia entre pesos fue igual o inferior a 0,10. Otros 24 ítems saturaron en más de un factor por encima de 0,30, aunque en este caso las saturaciones difirieron en más de 0,10.

En las tablas subsiguientes se observan los nueve factores rotados, la descripción del ítem y la escala que teóricamente le corresponde (Derogatis 1977^a; Casullo y Pérez, 2008), además, el peso específico obtenido en la rotación y el porcentaje de varianza de cada factor.

Tabla 31*Factor 1*

DEP	14. Sentirme con muy pocas energías	0.754
OBS	46. Tener dificultades para tomar decisiones	0.701
PSIC	90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien	0.687
HOS	11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a	0.667
SI	34. Sentirme herido en mis sentimientos	0.662
DEP	71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo	0.660
DEP	31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa	0.648
OBS	3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza	0.630
ANS	57. Sentirse muy nervioso/a, agitado/a	0.592
ANS	2. Nerviosismo	0.558
DEP	20. Llorar por casi cualquier cosa	0.549
SOM	58. Sentir mis brazos y las piernas muy pesados	0.525
OBS	55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo	0.483
HOS	24. Explotar y no poder controlarme	0.476
PAR	18. Perder la confianza en la mayoría de las personas	0.458
PAR	76. Sentir que los demás no me valoran como merezco	0.410
DEP	79. Sentirme un/a inútil	0.366
		Rotación 12,07% de varianza.

Tabla 32*Factor 2*

DEP	29. Sentirme solo/a	0.734
DEP	30. Sentirme triste	0.665
DEP	32. No tener interés por nada	0.584
PSIC	35. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando	0.574
FOB	75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a	0.562
ANS	33. Tener miedos	0.545
OBS	10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo	0.507
DEP	54. Perder las esperanzas en el futuro	0.491
FOB	13. Miedo a los espacios abiertos o las calles	0.491
SOM	1. Dolores de cabeza	0.487
OBS	28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer	0.485
FOB	25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa	0.475
FOB	70. Sentirse muy incómodo en lugares donde hay mucha gente	0.473
PSIC	7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos	0.473
PAR	8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa	0.465
PSIC	77. Sentirse solo aun estando con gente	0.460
ANS	23. Asustarme de repente sin razón alguna	0.453
		Rotación 10,84% de varianza.

Tabla 33*Factor 3*

FOB	47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus, auto o subterráneos, etc.	0.549
OBS	38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que estén bien hechas	0.546
PAR	43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí	0.528
OBS	65. Repetir muchas veces algo que hago: tocar, contar, lavar cosas, etc.	0.493
SOM	56. Sentirse flojedad, debilidad, en partes del cuerpo	0.471
SI	41. Sentirme inferior a los demás	0.456
PSIC	16. Escuchar voces que otras personas no oyen	0.445
OBS	51. Sentir que la mente queda en blanco	0.441
FOB	50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo	0.422
OBS	45. Tener que controlar una y otra vez lo que hago	0.413
ANS	86. Tener imágenes o pensamientos que me dan miedo	0.385
ANS	39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera	0.379
Rotación 6.94% de varianza.		

Tabla 34*Factor 4*

SI	61. Sentirme incómodo cuando me miran o hablan de mí	0.602
PAR	68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden	0.525
SI	36. Sentir que no me comprenden	0.504
SI	37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto	0.499
SI	69. Estar muy pendiente de los que los demás puedan pensar de mí	0.492
ANS	78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme	0.435
PAR	83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo	0.416
PSIC	84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan	0.359
SI	6. Criticar a los demás	
Rotación 5.24% de varianza.		

Tabla 35*Factor 5*

SOM	52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo	0.510
SOM	42. Calambres en manos, brazos o piernas	0.503
SOM	4. Sensación de desmayo o mareo	0.493
SOM	40. Náuseas o dolor de estómago	0.443
PSIC	87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo	0.441
ANS	17. Temblores en mi cuerpo	0.439
SOM	27. Dolores en la espalda	0.389
FOB	82. Miedo a desmayarme en medio de la gente	0.385
Rotación 4.97% de varianza.		

Tabla 36*Factor 6*

HOS	74. Meterme muy seguido en discusiones	0.592
HOS	81. Gritar o de tirar cosas	0.540
HOS	67. Necesitar romper o destrozar cosas	0.498
HOS	63. Necesitar golpear o lastimar a alguien	0.485
PSIC	85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados	0.407
Rotación 3.61% de varianza.		

Tabla 37*Factor 7*

ANS	72. Tener ataques de mucho miedo o pánico	0.480
SOM	49. Ataques de frío o de calor	0.473
DEP	22. Sentirme atrapado/a o encerrado	0.461
SOM	12. Dolores en el pecho	0.448
SOM	48. Tener dificultades para respirar bien	0.392
Rotación 3.46% de varianza.		

Tabla 38*Factor 8*

SI	73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público	0.527
PSIC	62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos	0.504
ANS	80. Sentir que algo malo me va pasar	0.479
DEP	5. Falta de interés en relaciones sexuales	0.330
Rotación 3.29% de varianza.		

Tabla 39*Factor 9*

DEP	15. Pensar en quitarme la vida	0.436
Rotación 1.83% de varianza.		

La evidencia empírica obtenida en base a la solución factorial rotada indica que las escalas clínicas predichas por el modelo teórico del SCL-90-R de Derogatis (1977a), replicadas por Casullo y Pérez (2008), no se corresponden con esta muestra clínica.

6.10. Baremación de índices globales e identificación de caso gravedad clínica.

Los resultados cuestionan el uso de las nueve dimensiones del SCL-90-R con propósitos clínicos. Lo aconsejable sería utilizar el instrumento en base a los índices globales que arroja la escala (Bados et al., 2002).

Tabla 40*Percentiles Muestra Clínica Mendoza – General*

	Índice Global de Severidad	Total de síntomas positivos	Índice de Malestar Sintomático Positivo
	IGS	TSP	IMSP
N	1455	1455	1455
Media	1,40	50,73	2,33
D.S.	0,79	21,27	0,61
10	0,38	19,00	1,50
20	0,66	32,00	1,79
25	0,79	36,00	1,90
30	0,89	39,00	2,00
40	1,12	46,00	2,18
Percentiles 50	1,34	52,00	2,36
60	1,56	58,00	2,51
70	1,81	64,20	2,67
75	1,97	68,00	2,75
80	2,10	71,00	2,84
90	2,47	78,00	3,14

Como se podrá observar en la Tabla 40, la muestra general presenta un N de 1455, media y D.S. de IGS (M= 1.40; D.S.= 0,79), el TSP (M= 50,73; D.S.= 21,27) y el IMSP (M= 2,33; D.S.= 0,61). En los que respecta a los percentiles de los índices globales, para el percentil 50 los valores fueron de IGS= 1,34; TSP= 52,00 y IMSP= 2,36; en cambio, el percentil 75 obtuvo IGS= 1,97; TSP= 68,00 y IMSP= 2,75.

En el apartado 6.2. del presente estudio (Ver pág. 52) se observó la existencia de una diferencia de medias significativa a favor del género masculino (p. valor<0,005). Ergo, los datos indican la necesidad de construcción de baremos diferenciados por género.

Tabla 41*Percentiles Muestra Clínica Mendoza – Femenino*

	Índice Global de Severidad	Total de síntomas positivos	Índice de Malestar Sintomático Positivo	
	IGS	TSP	IMSP	
N	628	628	628	
Media	1,24	46,95	2,20	
D.S.	0,81	22,98	0,63	
	10	0,26	15,00	1,40
	20	0,48	24,00	1,61
	25	0,59	30,00	1,71
	30	0,66	34,00	1,80
	40	0,86	39,00	2,00
Percentiles	50	1,14	48,00	2,16
	60	1,36	55,00	2,37
	70	1,63	62,00	2,53
	75	1,76	65,00	2,61
	80	1,98	70,00	2,72
	90	2,37	78,00	3,03

La Tabla 41 muestra un N Femenino de 628, media y D.S. de los índices globales IGS (M=1.24; D.S.= 0,81), TSP (M=46,95; D.S.= 22,98) y IMSP (M=2,20; D.S.=0,63). Según los percentiles arrojados, los índices globales para el género femenino fueron para el percentil 50 un IGS= 1,14; TSP= 48,00 y IMSP= 2,16; y para el percentil 75 un IGS= 1.76; un TSP= 65,00 y un IMSP= 2,61. El percentil 75 se tomará como valor de identificación de gravedad clínica.

Tabla 42*Percentiles Muestra Clínica Mendoza – Masculino*

	Índice Global de Severidad	Total de síntomas positivos	Índice de Malestar Sintomático Positivo	
	IGS	TSP	IMSP	
N	827	827	827	
M	1,52	53,61	2,43	
D.S.	0,75	19,39	0,57	
	10	0,51	27,80	1,68
	20	0,85	38,00	1,93
	25	0,97	41,00	2,07
	30	1,04	43,00	2,14
	40	1,28	49,00	2,30
Percentiles	50	1,48	55,00	2,45
	60	1,68	61,00	2,60
	70	1,93	66,60	2,75
	75	2,04	69,00	2,82
	80	2,20	71,00	2,92
	90	2,52	78,00	3,16

La Tabla 42 muestra un N Masculino de 827, media y D.S. de los índices globales IGS (M=1,52; D.S.= 0,75), TSP (M=53,61; D.S.= 19,39) y IMSP (M=2,43; D.S.=0,57). Según los percentiles arrojados, los índices globales para el género masculino son percentil 50 IGS= 1,48; TSP= 55,00 y IMSP= 2,45; y percentil 75 IGS= 2,04; TSP= 69,00 y IMSP= 2,82. El percentil 75 se tomará como valor de identificación de gravedad clínica.

6.11. Comparación de baremos regionales.

En la Tabla 43 se observa que los puntajes del percentil 75 o valor de identificación de gravedad clínica, tanto Masculino como Femenino, son significativamente superiores en población clínica que en población general.

Tabla 43*Baremos adultos Mendoza – Clínico vs General por género*

Baremo Cebreros (2021) - Clínico				Baremo Sánchez et al. (2020) - General											
IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP	
N	628	628	628	N	827	827	827	N	767	767	767	N	187	187	187
50	1,14	48,00	2,16	50	1,48	55,00	2,45	50	0,88	42,00	1,90	50	0,72	37,00	1,75
60	1,36	55,00	2,37	60	1,68	61,00	2,60	60	1,06	49,00	2,05	60	0,83	42,00	1,87
70	1,63	62,00	2,53	70	1,93	66,60	2,75	70	1,22	54,00	2,21	70	1,04	50,60	2,05
75	1,76	65,00	2,61	75	2,04	69,00	2,82	75	1,36	56,00	2,28	75	1,09	53,00	2,14
80	1,98	70,00	2,72	80	2,20	71,00	2,92	80	1,48	60,00	2,43	80	1,28	54,40	2,26
Femenino				Masculino				Femenino				Masculino			

En cambio, al observar la Tabla 44 los puntajes del percentil 75 o valor de identificación de gravedad clínica, tanto Masculino como Femenino, son significativamente superiores en la población general que los obtenidos en población clínica.

Tabla 44*Baremos adultos Bs.As. – Clínico vs General por género*

Baremo Sánchez y Ledesma (2008) - Clínico				Baremo Casullo y Pérez (2008) - General											
IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP		IGS	TSP	IMSP	
N	375	375	375	N	135	135	135	N	381	381	381	N	379	379	379
50	1,33	47,00	2,27	50	0,91	41,00	2,00	50	0,73	37,00	1,85	50	0,61	32,00	1,75
60	1,36	52,00	2,40	60	1,08	44,00	2,18	60	1,36	57,00	2,41	60	1,10	52,00	2,25
70	2,07	55,00	2,51	70	1,23	50,20	2,37	70	2,18	74,00	2,99	70	1,84	75,00	2,91
75	2,37	57,90	2,60	75	1,30	52,60	2,46	75	2,46	77,71	3,15	75	2,17	79,72	3,30
80	2,67	60,80	2,69	80	1,43	55,00	2,56	80	2,54	82,00	3,27	80	2,22	85,00	3,65
Femenino				Masculino				Femenino				Masculino			

Al comparar las Tablas 43 y 44, se observa que los puntajes del percentil 75 clínico de Mendoza son inferiores a los obtenidos en Buenos Aires en ambos géneros. Ocurre el mismo fenómeno con la muestra de población general.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

*“Lo que se mide,
se controla.”*

Peter Drucker

Según los datos del presente estudio, la estructura de las escalas clínicas del SCL-90-R propuesta por Derogatis (1977a), replicada por Casullo y Pérez (2008), no se ve confirmada en la muestra de pacientes en primera consulta de la provincia de Mendoza.

Los resultados arrojados por el análisis factorial¹² (AF) de componentes principales con rotación Varimax y ajuste Procustes apuntaron a la presencia de un solo factor (Varianza=32,50%) en lugar de los nueve propuestos teóricamente. En efecto, se pudo observar la ausencia de correlación entre los ítems que definían cada dimensión de nombre idéntico o similar.

Es importante destacar que la validez factorial busca dar una respuesta sobre las cualidades psicológicas o constructos que mide un test. En este caso sería qué alteraciones psicopatológicas mide el SCL-90-R. Como ya se mencionó, las dificultades reportadas en el AF identifican que el modelo original no se logra validar en la muestra de estudio, por ende, no se puede dar respuesta a esta pregunta.

Ahora bien, estos resultados no son novedosos, están en línea con otros trabajos realizados a nivel global con idénticas conclusiones. En su momento lo marcaban enfáticamente Vassend y Skrondal (1999, pp. 685): *“nos enfrentamos a un profundo problema de indeterminación estructural y que los métodos analíticos de factores y los criterios de aceptación del modelo por sí solos son insuficientes para resolver este problema. El problema de indeterminación puede explicarse, al menos en parte, por la compleja estructura*

¹² “El Análisis Factorial es un modelo estadístico que representa las relaciones entre un conjunto de variables. Plantea que estas relaciones pueden explicarse a partir de una serie de variables no observables (latentes) denominadas factores, siendo el número de factores substancialmente menor que el de variables”. Ferrando P, Anguiano-Carrasco C. (2010, pp. 19).

lógico-semántica de los ítems y escalas de SCL-90-R [...]". Tema que, en su momento, Casullo et al. (2006) reconoce:

Vassend y Skrondal (1999) estudian la estructura factorial de la prueba y señalan algunas inconsistencias en las nueve dimensiones que evalúa [...] Estudios realizados sobre la estructura interna del listado mediante la técnica de análisis de componentes principales, rotando los factores mediante procedimientos proclusters¹³ y varimax, permitieron constatar cierta superposición entre las dimensiones ansiedad y ansiedad fóbica así como divisiones entre algunos ítems¹¹ de la dimensión psicoticismo. (pp. 50)

Es notorio que no se haga mención alguna sobre el tema en el protocolo del inventario adaptación UBA, CONICET (2008)¹⁴ o se realicen advertencias sobre el uso de las escalas, en especial, en ámbitos clínicos. Cuestión que TEA también omite en su versión comercial para América Latina, siendo que los estudios factoriales en los cuales apoyaron su manual arrojaban la misma inconsistencia (De las Cuevas, et al. 1991).

En líneas generales, en la mayoría de los estudios se ha encontrado un factor principal que explica una gran parte de la varianza de la escala sin rotar (Ver Tabla 29) como indican Sánchez Robles et al. (2002, pp. 16): *"A tenor de estos resultados, este factor fue denominado Índice de Vulnerabilidad Psicopatología, y puesto que aglutina a la mayor parte de los ítems de las 9 escalas de la SCL-90 parece indicar que la estructura factorial que subyace a este instrumento denota un amplio factor relacionado con la fuerte presencia de sintomatología psicopatológica diversa.[...]."*

En el ámbito nacional, de la Iglesia et al. (2015) apoyan esta conclusión:

[...] es recurrente que los investigadores encuentren un factor único de orden superior que mide el malestar psiquiátrico general (Benishek, Hayes, Bieschke, & Stoffelmayr, 1998; Bonyngé, 1993; Boulet & Boss, 1991; Cyr et al., 1985; Daoud & Abojedi, 2010; Grande,

¹³ El error figura en el artículo.

¹⁴ Cuestionario disponible:

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf

2014; Loutsiou-Ladd, Panayiotou, & Kokkinos, 2008; Martínez Azumendi et al., 2001; Piersma, Boes, & Reaume, 1994; Prunas, Sarno, Preti, Madeddu, & Perugini, 2012; Torres et al., 2013; Zach, Toneatto, & Streiner, 1998). (pp. 286)

La incapacidad para replicar la estructura factorial del SCL-90-R se encuentra asociada a una serie de razones, a saber:

El primero resulta de la presencia de un único factor no rotado, el cual parece ser un buen indicador de malestar emocional general más que de distintas dimensiones psicopatológicas. Y esto se explica por el gran porcentaje de la varianza que obtiene el primer factor no rotado siendo varias veces la varianza explicada que obtiene el segundo factor, a su vez, la gran mayoría de ítems saturan por encima de 0,40 en el primer factor, fenómeno que se replica en la Tabla 29 del presente estudio.

De todas maneras, Bados et al. (2002, pp. 193) realizan la siguiente advertencia: “[...] cuando se usa el análisis de componentes principales, es muy frecuente obtener un primer factor general que da cuenta de una gran proporción de la varianza antes de la rotación. [...] es necesario rotar los factores para identificar el número de dimensiones diferentes.”. Este punto resultó ser de gran relevancia en la investigación, puesto que al realizar la rotación varimax del inventario se produjo una fragmentación heterogénea de los ítems que volvió imposible la identificación de alguna de las dimensiones clínicas propuestas por Derogatis (1977^a).

Segundo en el presente estudio el 59.40% de los ítems saturó en más de un factor, lo cual explica la inestabilidad factorial observada en coherencia con lo planteado por Bados et al. (2002, pp. 193): “[...] al menos un 20% de los 90 ítems ha saturado en más de un factor en diversos estudios.”.

Por un lado, el SCL-90-R posee una gran cantidad de ítems poco precisos, mal definidos y que suponen una interpretación ambigua (Vassend y Skrondal, 1999; Bados et al., 2002). En la adaptación de Casullo y Pérez (2008) esto se puede observar claramente en ítems como por ej. “2. Nerviosismo”, “7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos”, “21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo”, “33. Tener miedos”, “35. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando”, “68. Tener ideas, pensamientos que los demás no

entienden”, “76. Sentir que los demás no me valoran como merezco”, “80. Sentir que algo malo me va a pasar”, “83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo” y “90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien”. En teoría estos ítems deberían ajustarse al problema que se desea diagnosticar, pero su falta de precisión impide que esto ocurra.

Por el otro, algunos ítems se encuentran estrechamente ligados a la escala en su significado patognomónico, en cambio, otros pueden estar asociados tangencialmente a la misma, por ej.: en “Obsesiones y Compulsiones - OBS” los ítems “65. Repetir muchas veces algo que hago: tocar, contar, lavar cosas, etc.” y “45. Tener que controlar una y otra vez lo que hago”, tienen una relación lógica con el diagnóstico del TOC, a diferencia de los ítems “10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo” y “55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo”, los cuales podrían llegar a estar ligados al TOC de manera tangencial. Una de las cosas más destacables es que este fenómeno no resulta ser algo aislado, se puede observar en todas las escalas clínicas y en consecuencia echa por tierra los resultados e interpretaciones de las mismas.

Asimismo, se pudieron constatar una serie de problemas en la traducción de algunos ítems del SCL-90-R versión argentina (Casullo y Pérez, 2008), por ejemplo, el ítem 10 “Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo”. Se pudo rastrear que en la versión de Derogatis figura como “Worried about sloppiness or carelessness” (Estar preocupado/a por descuidos o negligencias) y en su homóloga española la traducción del ítem es “Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización”. Como se podrá observar ninguna de las traducciones coincide en su significado, en la versión de Derogatis (1982) el ítem 10 apunta un síntoma de la esfera obsesiva, preocupación por errores, descuidos o ser negligente, si bien es un poco amplio, se acerca un poco a las preocupaciones características del TOC, en donde la persona suele rumiar acerca de ciertas conductas e intenta no cometer descuidos con respecto a ello (dejar la llave del gas abierta o la puerta mal cerrada). En cambio, en la versión argentina el ítem 10 parece apuntar a la “falta de ganas para hacer algo” un síntoma característico de la Depresión.

Lo mismo ocurre con ítem 42 “Calambres en manos, brazos o piernas”. Se pudo rastrear que en la versión de Derogatis figura como “Soreness of your muscles” (Dolores de tus músculos) y en su homóloga española la traducción del ítem es “Dolores musculares”. Ahora bien, claramente la versión Derogatis (1982) y González de Rivera (2002) coinciden, sin embargo, en la versión argentina esto no ocurre.

El último ítem en donde se hallaron discrepancias fue el 86 “Tener imágenes o pensamientos que me dan miedo”, en su homóloga española la traducción del ítem es “Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo”, en cambio en la versión de Derogatis figura como “Feeling pushed to get things done” (Sentirse empujado a hacer cosas), cuestión fuertemente asociada a los síntomas compulsivos del TOC, cambio el ítem 86 en la versión argentina y española parecen apuntar a síntomas de la esfera de fóbica o en su defecto a la esfera obsesiva del TOC, pero resulta confusa su interpretación. Por lo tanto, en lo que concierne al ítem 86 la versión española y la argentina coinciden entre sí, pero no coinciden con la de Derogatis (1982).

Estos tres ítems señalan una falta de coherencia en las traducciones en su significado psicopatológico, lo que puede acarrear problemas a la hora de evaluar el inventario, por lo tanto, se sugiere revisar la adaptación UBA CONICET, 2008.

Por último, se puede destacar que existe una marcada diferencia de resultados entre las muestras generales y clínicas de Buenos Aires y Mendoza, esto apoya la necesidad de construir baremos autóctonos para el SCL-90-R diferenciados por población objetivo.

8. CONCLUSIONES

*“¿No debemos acaso
llegar a la misma conclusión
cuando se trate
de dos casos
exactamente iguales?”*

George Berkeley

El presente trabajo cuenta con un diseño de investigación de carácter no experimental-transversal de tipo intencional no probabilística. Por lo tanto, las conclusiones aquí vertidas deben consideradas como preliminares e invitan ahondar en futuros trabajos sobre la escala y su estructura factorial.

Retomando los objetivos de la presente investigación, de acuerdo a los datos arrojados por el análisis de resultados, permite arribar a las siguientes conclusiones.

El objetivo general era poder brindar los datos normativos de la SCL-90-R en población clínica para la Provincia de Mendoza, el mismo no se puede cumplir debido a la incapacidad de replicar la estructura factorial del instrumento. Esto se ve reflejado en el capítulo de análisis de datos del presente estudio, al realizar la rotación los factores se descomponen impidiendo la identificación de las escalas que, en teoría, predice el modelo de Derogatis y Cleary (1977^a).

Cuestión que no resulta extraña si uno observa la conclusión del estudio realizado por De Las Cuevas et al. (2002) sobre la estructura factorial del instrumento para España. Allí refieren que existen discrepancias, pero que esas diferencias observadas se deben al tipo de sujeto estudiado (sujetos normales vs. pacientes psiquiátricos):

Como conclusión, el análisis factorial de nuestra muestra de población general presenta unas dimensiones sintomáticas comparables, pero no idénticas, con las demostradas por Derogatis (1973, 1977) en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios seleccionados. El hecho de que nuestra muestra esté compuesta por sujetos en principio normales, es decir, no afectados de síndromes psiquiátricos

específicos, puede explicar esta relativa inconsistencia. En efecto, la presencia de síntomas diversos de variable intensidad en un sujeto determinado no tiene nada que ver con la agrupación característica de síntomas que constituye un síndrome o entidad clínica, y el análisis factorial del Cuestionario de 90 Síntomas en la población general ha de mostrar en consecuencia variaciones con respecto a lo esperable en poblaciones de pacientes psiquiátricos. (pp. 4)

En el presente caso la muestra resulta ser clínica (psiquiátrica) y la estructura factorial no resulta ser idéntica o similar en absoluto, lo que enciende una alerta importante sobre el uso de la escala en contextos clínicos.

En lo que respecta a la República Argentina ocurre un fenómeno particular sobre la validez de la SCL-90-R, en especial, tomando en consideración que la primera validación realizada por Bonicatto et al. (1997) carece de análisis factorial exploratorio y adopta como criterios de validez las siguientes características:

En nuestro estudio, examinamos las puntuaciones de la subescala SCL90 en relación con tres características que se sabe que están fuertemente asociadas con los niveles de angustia psiquiátrica autoinformados: sexo, edad y estado de paciente frente a no paciente [21-25]. En la medida en que el instrumento sea válido, esperaríamos asociaciones igualmente altas en la muestra actual. (pp. 334)

Al comparar el instrumento con respecto a estas tres características en otros estudios locales realizados, incluidos el presente, se puede decir que el SCL-90-R no responde de manera estable en ninguno de los tres factores de validez que Bonicatto et al. (1997) plantean.

Años más tarde se realizó el estudio descriptivo-comparativo de Casullo y Fernández en adolescentes (2001, pp. 158), en el mismo se observa una somera referencia respecto al tema: *“El análisis factorial realizado replicando el procedimiento seguido por Derogatis, con el método de componentes principales y rotación varimax, muestra la presencia de nueve factores que explican el 41% de la varianza”*.

En dicha investigación, las autoras no ofrecen los datos de manera pormenorizada acerca de la varianza factorial, lo cual podría evidenciar la solidez

del inventario en sus dimensiones clínicas, pero no lo hacen. En efecto, quisiera señalar que la varianza total obtenida por ellas resulta ser bastante menor (41%) a la obtenida en la presente muestra (52,24%), por consiguiente, se desconoce si las autoras tropezaron o no con el problema de la estructura factorial, cuestión que quedará como un interrogante en las crónicas de la ciencia argentina.

En la misma línea, investigaciones posteriores omiten realizar el análisis factorial y dan por válida la estructura teórica dimensional del inventario formulada por Derogatis y Cleary (1977^a), replicada por Casullo y Pérez (2008) versión UBA, CONICET. Como señalan Sánchez y Ledesma (2008, pp. 272) en su estudio clínico: “[...] *estamos lejos de considerar como acabados los estudios con el SCL-90-R. En particular, resulta necesario realizar análisis factoriales tanto con el instrumento completo (para clarificar la estructura factorial subyacente en nuestra población) como con las diferentes escalas en particular (para terminar de conocer el funcionamiento de los diferentes ítems en las mismas).*”.

El problema que se desprende de la ausencia del análisis factorial confirmatorio del SCL-90-R adaptación argentina es desconocer a ciencia cierta qué mide realmente, asunto que Cronbach (1988, pp. 6) advierte enfáticamente: “[...] *los validadores tienen la obligación de revisar si un procedimiento de test tiene o no las consecuencias apropiadas para individuos e instituciones, y especialmente evitar las consecuencias adversas.*”.

Esta incógnita se transforma en un peligro si se recapacita que una buena cantidad de estudios locales han confeccionado baremos poblaciones (Casullo y Fernández, 2004; Casullo y Pérez, 2008; Sánchez y Ledesma, 2008; Urquijo, et al. 2014; Sánchez, et al. 2020) para las escalas clínicas y están siendo usados para tomar decisiones en distintos campos del quehacer psicológico.

En efecto, la ausencia de validez impide el buen uso del SCL-90-R versión UBA, CONICET (2008) y “[...] *puede dar lugar a un daño considerable para los examinandos y otras partes afectadas por las decisiones basadas en las pruebas.*”, como lo advierte Standards for Educational and Psychological Tests (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 1.) cuando habla del uso inadecuado de las herramientas.

Naturalmente, la validación puede verse como un proceso de construcción y evaluación de argumentos (a favor o en contra) sobre la interpretación pronosticada de los puntajes de la prueba y su relevancia para el uso propuesto. En síntesis, “*el marco conceptual señala las clases de evidencia que podrían reunirse para evaluar la interpretación propuesta teniendo en cuenta los fines de la prueba. A medida que la validación continúa y surge nueva evidencia respecto de las interpretaciones que pueden y no pueden extraerse de los puntajes de la prueba, es posible que se necesiten revisiones en la prueba, en el marco conceptual que la forma e, incluso, en el constructo subyacente de la prueba.*” (AERA, APA, NCME, 2018, pp. 12.).

Es fundamental comprender que las técnicas psicométricas operan como jueces imparciales en la trinchera clínica, por lo tanto, deberían brindar garantías de las medidas que arrojan a través del cumplimiento a raja tabla de los criterios de validez, como puntualizan Ruiz et al. (2012):

Las cualidades psicométricas de las medidas utilizadas necesariamente afectan la validez de los juicios clínicos que se realicen, pues los índices de validez de las medidas son esenciales para establecer el grado de confianza que puede depositarse en las inferencias realizadas a partir de ellas. La validez de un instrumento puede variar a través de poblaciones, entornos y objetivos de la evaluación y no es un atributo que sea susceptible de fácil generalización. Siendo su validez condicional, los instrumentos de evaluación deben ser validados para el propósito concreto de la evaluación (Haynes, 2006). (pp. 137)

Los instrumentos de evaluación psicológica deben intentar, al igual que los instrumentos de las ciencias físicas, medir con precisión, para ello se deben respetar los cinco principios que garantizan la calidad de una prueba psicométrica: *fiabilidad, validez, equidad o ausencia de sesgos discriminatorios, generalizabilidad y comparabilidad* (Arias, et al. 2014, pp. 23).

En lo que respecta a la fiabilidad, la guía de la APA para el uso de método estadísticos en investigaciones (Wilkinson, 1999) hace énfasis en el uso correcto de la misma y sugiere utilizar el alfa de Cronbach como estadístico para estimar la consistencia interna de las puntuaciones de un conjunto de ítems. En este

caso, los datos nos permiten decir que la fiabilidad de las puntuaciones del inventario en la muestra clínica es de un alfa de 0,97, como así también, las escalas clínicas obtuvieron puntuaciones alfa que oscilan desde 0,71 (PAR) en el extremo inferior hasta 0,88 (OBS) en el extremo superior. Por lo tanto, en esta muestra el instrumento cumple con el criterio de fiabilidad.

Si bien la fiabilidad nos informa acerca de la posibilidad de error en la medida de una puntuación, nada nos dice sobre lo que se está midiendo, para responder esto se tiene en cuenta el criterio de validez de la prueba, que hace referencia al grado en que la evidencia y la teoría respaldan las interpretaciones de los puntajes de un instrumento para los fines propuestos y ofrece un grado de seguridad sobre los resultados. En consecuencia, la validez es un principio fundamental que justifica el uso que se pretende hacer de las puntuaciones.

La validez supone un examen de las teorías sobre las que se asientan los datos y demuestra la fuerza y credibilidad por medio de la evidencia. En resumidas cuentas, hace referencia al grado en que el instrumento está midiendo el atributo supuesto, resultando ser la proporción de la varianza observada producida por diferencias individuales reales sobre el atributo. Para evaluar la validez de una prueba se debe llevar a cabo el procedimiento estadístico denominado análisis factorial exploratorio y luego confirmatorio.

En este caso, el análisis factorial es exploratorio (Ver tabla 30), la varianza acumulada en el primer factor es de 32,50% y el resto de las puntuaciones carecen de peso probatorio para identificar cuantitativamente las escalas clínicas del inventario. A partir de estos datos se puede concluir que el SCL-90-R versión UBA, CONICET (2008) no cumple con el criterio de *validez de constructo*¹⁵ (Borja, 2015) e impide que se cumpla el objetivo primario del inventario: “*evaluar patrones de síntomas presentes en individuos.*” (Casullo y Pérez, 2008, pp. 1).

¹⁵ La validez de constructo se basa en el significado psicológico del puntaje de una prueba y en la explicación teórica de la ejecución del sujeto. Cuando se indaga la validez de los constructos de las pruebas psicológicas, se intenta saber qué propiedades psicológicas o de otra índole pueden explicar la varianza de esas pruebas, es decir, explicar las diferencias individuales observadas en las puntuaciones del instrumento; así, no se trata sólo de validar la prueba, sino que se valida también la teoría sobre la cual ésta descansa (Kirsch y Guthrie, 1980). (Borja, 2015, pp. 81).

En línea con los criterios de calidad de una prueba, se puede decir que el criterio de equidad consiste en el hecho de contemplar los resultados en función de factores tales como diferencias sociodemográficas, la historia personal de cada individuo, lenguaje, familiaridad con las representaciones, género, etc., en especial, cuando se aplica a un grupo el mismo instrumento de medida es preciso examinar el impacto de dichos factores. Según Espelt, et al. (2014, pp. 408): *“Un test es equitativo^{1,2} si permite evaluar a las personas de manera imparcial, es decir, sin que aspectos no relevantes para lo que se pretende medir con el test, como por ejemplo el sexo o la etnia, tengan una influencia destacada sobre los resultados de la evaluación.”*

En este sentido, los datos aquí obtenidos nos permiten concluir que el instrumento tiene problemas con el criterio de equidad, pudiéndose observar en las diferencias respecto de las puntuaciones medias y D.S. en las muestras locales comparadas (Ver Tabla 24). Otro dato proviene de análisis ANOVA por nivel educativo (ver tabla 22), en donde los resultados señalan diferencias significativas entre las medias y D.S. de los grupos comparados. Todo indica que el test no se comporta de manera equitativa, siendo necesario confeccionar baremos diferenciados por género, provincia, estado de salud y nivel educativo para volverlo equitativo. Como indican Espelt, A. et al. (2014):

De un test no equitativo pueden derivarse graves consecuencias tanto individuales (pp. ej., dos personas con el mismo problema de salud podrían ser diagnosticadas de manera diferente según su sexo) como grupales (pp. ej., una misma intervención podría dar resultados distintos en diferentes grupos sociales), de manera que es importante conocer las causas frecuentes de inequidad, las formas de detectarla y las acciones a tomar para convertir un test en equitativo. (pp. 408)

Por consiguiente, en términos de equidad, se puede indicar que el SCL-90-R debe ser utilizado con recaudo a la hora de interpretar los datos que arroja, obligando al evaluador a estar familiarizado con los baremos, por lo que se sugiere incluirlo dentro del protocolo para cada uno de los subgrupos que tenga sentido comparar. *“Sólo de esta manera los profesionales podrán tomar decisiones responsables sobre los tests que utilizarán.”* (Espelt, A. et al., 2014, pp. 410)

Por último, respecto de los criterios de calidad, comparabilidad y generalizabilidad, el diseño de la presente investigación impide poder evaluarlos, por lo tanto, se recomienda considerar estos aspectos para futuros trabajos con el inventario.

En referencia a los objetivos específicos, el primero era reportar resultados sobre las distribuciones de respuesta y de frecuencias de las dimensiones e índices globales con respecto del género, nivel educativo y estado civil, como también, las puntuaciones para los tres índices globales y las nueve dimensiones primarias de síntomas del SCL-90-R.

En lo que concierne al género (ver tabla 20), las puntuaciones fueron significativamente mayores en varones, cuestión inédita si uno compara lo señalado por Sánchez y Ledesma (2008) en su estudio, donde realizan una reseña minuciosa sobre el tema:

Como expresan Gempp y Avendaño (2008), es un hecho ampliamente demostrado que la prevalencia de malestar psicológico y síntomas psicopatológicos es mayor en las mujeres. Derogatis (1994) sostiene que los estudios con el SCL-90-R tienden a confirmar este patrón, y la evidencia empírica así parece demostrarlo, tanto respecto a las dimensiones de síntomas como a los índices generales (Caparrós y otros, 2007; González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002; Schmitz y otros, 2000). Casullo (2004), utilizando la misma versión del instrumento que utilizamos aquí (Casullo y Castro Solano, 1999), encontró, en una muestra de población general de adultos urbanos de nuestro país, diferencias significativas en todas las escalas excepto en las de HOS, PAR y PSIC. Bonicatto y otros (1997), en un estudio sobre población general en la Argentina, encontraron resultados similares a los reportados por Casullo (2004): las mujeres puntuaban significativamente más alto en todas las escalas de síntomas, excepto en HOS y PAR. También registraron diferencias significativas en el ISG. Martínez, Fernández y Beitia (2001), en un trabajo similar a éste realizado en España, estudiaron una muestra de personas que solicitaban tratamiento psicológico. El SCL-90-R fue administrado en la primera entrevista y

encontraron diferencias significativas en las escalas de SOM, DEP, ANS y en el IMSP. En líneas generales, todos los trabajos reportan mayores puntuaciones en las mujeres, siendo esas diferencias en muchas ocasiones estadísticamente significativas. Esta evidencia reportada en la literatura justifica la realización de estudios diferenciados por género. (pp. 268)

Las diferencias significativas encontradas en la muestra clínica estudiada abre un interrogante que excede los objetivos del presente trabajo, los datos no mienten, los varones acudieron a terapia con mayores cargas de distrés, la cuestión a descifrar será las causas de este fenómeno en futuros estudios, para ello dejo el interrogante abierto: ¿Han variado las respuestas psicopatológicas de los individuos debido a los cambios culturales respecto del género en el último tiempo en Argentina?

Sobre el nivel educativo (ver tabla 22) los resultados indican que las personas con nivel primario presentan puntuaciones mayores que el resto de los niveles educativos, con excepción de escala DEP y el TSP, donde fue superior el nivel secundario, todo esto sugiere la confección de baremos que contemplen el nivel educativo.

Por último, en lo que respecta al estado civil (Ver tabla 21) se realizó un análisis de diferencias de medias por categorías en pareja vs. sin pareja, en este caso, no se observan diferencias significativas de las escalas entre los individuos “en pareja” y “sin pareja”, con excepción de la escala de “Sensitividad Interpersonal” (S.I.), donde la media de los sujetos “sin pareja” es significativamente superior a la que obtuvieron los sujetos “en pareja”.

Está diferencia de resultados es lógica entendiendo que la escala clínica S.I. se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales, por lo tanto, es probable que los individuos con puntuaciones altas en está escala puedan tener dificultades en la formación de vínculos de pareja.

El segundo objetivo específico era aportar evidencias empíricas sobre patrones de síntomas de relevancia clínica a través de la SCL-90-R en pacientes

de primera consulta psicológica con trastornos emocionales residentes de la Provincia de Mendoza. Como ya se explicó, este objetivo se vio afectado por la incapacidad de replicar la estructura factorial de la escala. A pesar de eso, los datos de la investigación permiten sugerir que el SCL-90-R es una medida de estado¹⁶ de vulnerabilidad psicopatológica, por lo tanto, es relevante advertir que de utilizar el inventario en la práctica clínica lo aconsejable es emplear sólo las puntuaciones globales (IGS, STP y IMSP), resulta altamente cuestionable interpretar sus nueve dimensiones con propósitos clínicos.

El tercero y último de los objetivos específicos era comparar los datos obtenidos con otros estudios semejantes en población argentina, por un lado, se pudieron observar diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en la provincia de Mendoza respecto de los estudios realizados en Buenos Aires, eso sugiere la necesidad de construcción de baremos regionales. Por otro lado, las puntuaciones arrojadas en los estudios de poblaciones clínicas son diferentes a los obtenidos en poblaciones generales, lo que vuelve preciso dotar al inventario de baremos clínicos con el fin de evitar cometer errores de interpretación.

¹⁶ Estado definido como situacional e inestable en contraposición con el concepto de Rasgo como global y estable.

9. SUGERENCIAS

*“Ninguna cosa hay
tan difícil como el
arte de hacer
agradable un
buen consejo.”*

Joseph Addison

Se considera conveniente en el futuro modelizar la propuesta de Derogatis, replicada por Casullo y Pérez (2008), a través de un análisis factorial confirmatorio.

Se sugiere realizar una revisión exhaustiva del inventario en su adaptación UBA, CONICET (2008), con el objeto de precisar el contenido de cada ítem al tipo de trastorno psicopatológico que se desea dimensionar, a tal fin, se considera oportuno someter el inventario a validación de contenido por juicio de expertos, que evalúen el ajuste del SCL-90-R a luz de los avances diagnósticos que han acontecido en las últimas décadas.

Se desalienta enfáticamente el uso de las escalas clínicas en el ámbito terapéutico, pericial o escolar y se sugiere utilizar de manera exclusiva los índices globales del inventario (IGS, STP e IMSP) como medida de estado de vulnerabilidad psicopatológico del evaluado en estos campos de acción.

A luz de los cambios sociales se sugiere incorporar al inventario la categoría "no binario" a la variable género.

Se recomienda tener especial precaución con el tipo de baremo que se esté utilizando para valorar el inventario.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aiken, L. (1996). *Tests psicológicos de evaluación*. México: Prentice-Hall.
2. American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas (M. Lieve. Trans.)*. Washington, DC: American Educational Research Association. (Original work published 2014).
3. American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (IV Edición)*. Barcelona: Masson.
4. Alcocer-Gómez, E., Cano-García, F. J. y Cordero, M. D. (2013). *Effect of coenzyme Q10 evaluated by 1990 and 2010 ACR Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and SCL- 90-R: Four case reports and literature review*, *Nutrition*. 29. 1422-1425.
5. Arias, M.R.M., Lloreda, M.V.H., & Lloreda, M.J.H. (2014). *Psicometría*, Alianza Editorial.
6. Bados, A., Balaguer, G, y Coronas, M, (2005), *¿Qué mide realmente el SCL 90 R?: estructura factorial en una muestra mixta de universitarios y pacientes*. *Psicología Conductual*. 13(2). 181-196.
7. Bech, P., Bille, J., Moller, S.B., Hellstrom, L.C. y Ostergaard, S.D. (2014), *Psycometric validation of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90) subscales for depression, anxiety, and interpersonal sensitivity*. *J. Affect Dissord*. 160. 98-103.
8. Bech, R. Malt, U. E. Dencker, S. J., Ahlfors, U. G., Elgen, K., Lewander T., Lundell, A., Simpson, G. M. y Lingjaerde, O. (1993). *Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 87. (Suppl, 372). 45-46.
9. 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(6), 332-338.

10. Bergly, T. H., Nordfjærn, T., y Hagen, R. (2014). *The dimensional structure of SCL-90-R in a sample of patients with substance use disorder*. Journal of Substance Use. 19(3). 257-261.
11. Borja, L.E.A. (2015). *Evaluación psicológica: Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. Editorial El Manual Moderno.
12. Bonyng, E. R. (1993). Unidimensionality of SCL-90-R scales in adult and adolescent crisis samples. Journal of Clinical Psychology, 49(2), 212-215.
13. Brenes, M. E. Z., & Rojas, E. M. (2007). *Teoría G: un futuro paradigma para el análisis de pruebas psicométricas*. Actualidades en Psicología. 21(108). 6.
14. Brenlla, M. E. (2013). *Los Tests en Argentina, I Seminario virtual de evaluaciones psicológicas*, Red Peruana de Psicometría, Perú, Recuperado en: <https://es.calameo.com/read/0021424722ebbb0c97886>
15. Bulik, C. M., Carpenter, L. L., Kupfer, D. J. y Frank, E. (1990), *Features associated with suicide attempts in recurrent major depression*, Journal of Affective Disorders. 18. 29-37.
16. Buller, R., Maier, W. y Benkert, O. (1986). *Clinical subtypes in panic disorder: Their descriptive and prospective validity*. Journal of Affective Disorders. 11. 105-114.
17. Cameron, O. G., Thyer, B. A., Nesse, R. M. y Curtis, G. C. (1986), *Symptom profiles of patients with DMS-III anxiety disorders*, American Journal of Psychiatry, 143 (9). 1132-1137.
18. Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., Viñas-Poch, F, (2007). *Symptom Check-List 90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios*. International Journal of Clinical and Health Psychology. 7(3). 781-794.
19. Cárdenas, M., Fócil, M., Cavazos, J., Lara, C. y Espinosa, I. (2005). *Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres*. Salud mental. 28(03). 42-50.
20. Casullo, M. M. (2004), *Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos*, Psicología y Ciencia Social. 6(1). 49-57.

21. Casullo, M. M. y Fernández Liporace, M. (2001). *Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes*. Psykhe. 10 (1). 155-162.
22. Casullo, M. M., Morandi, P., & Donati, F. (2006). *Síntomas psicopatológicos, predisposición a perdonar y religiosidad en estudiantes universitarios*. Anuario de investigaciones, 13, 261-266.
23. Casullo, M. M. y Pérez, M. (2004). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Universidad de Buenos Aires.
24. Casullo, M. M. y Solano, A. C. (2002). *Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 7(2). 129-140.
25. Casullo, M. M., y Castro Solano, A, (1999), *Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos, Aportaciones del SCL90*, En Anuario de Investigaciones VII (pp. 147-157), Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires,
26. Casullo, M. M., Quesada, S., Mele, S. V., y Morandi, P. (2008). *Evaluación psicológica de estudiantes de la Universidad de Buenos Aires*. In XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
27. Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. y 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.
28. Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Vision Libros.
29. Cormier, W. H. y Cormier, L. S. et al, (2000), *Estrategias de Entrevista para Terapeutas, Habilidades Básicas e Intervenciones Cognitivo-Conductuales, 3º Edición*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
30. Cronbach, L. J. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

31. Cronbach, L. J. (1982): *Designing evaluations of educational and social programs*. San Francisco: Jossey Bass.
32. Cruz Fuentes, C. S., López Bello, L., Blas García, C., González Macías, L. y Chávez Balderas, R. A. (2005). *Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL90) en una muestra de sujetos mexicanos*. *Salud Mental*. 28(1).72-81.
33. Cyr, J., McKenna-Folley, L., y Peeacok, E. (1985). *Factor structure of SCL-90R: Is there one*, *Journal of Personality Assessment*. 49. 571-578.
34. Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., Saunders, W.B. y 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.
35. de Jonghe, F., Kool, S., van Aalst, G., Dekker, J. y Peen, J. (2001). *Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression*, *Journal of Affective Disorders*. 64. 217-229.
36. de la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2016). *Evidence of validity of the LSB-50: cross-validation, factorial invariance and external criterion analysis*. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), pp 63-73.
37. de la Iglesia, G. y Freiberg Hoffmann, A. (2015). *Psicometriar: una propuesta de divulgación científica de la psicometría argentina*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – UBA. Buenos Aires.
38. de la Iglesia, G. (2020), *Psicometriar: una base de datos sobre instrumentos psicométricos contruidos o adaptados para su uso en población argentina*. Disponible en: <https://psicometriar.com.ar/index.html>
39. De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F., y Gracia Marco, R. (1991).

- Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general.* In *Anales de psiquiatría*. 7(3). 93-96.
40. De las Cuevas, C., Gonzáles de Rivera, J., Henry Benítez, M., Monterrey, A., Rodríguez-Pulido, F. y Gracia Marco, R. (1991). *Análisis factorial de la versión española del SCL-90-R en la población general.* *Anales de Psiquiatría*. 7(3). 93-96.
 41. Derogatis, L. R. y Cleary, P. (1977a). *Confirmation of dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation*, *Journal of Clinical Psychology*. 33(4). 981-989.
 42. Derogatis, L. R. y Cleary, P. (1977b). *Factorial invariance across gender for the primary symptom dimension of the SCL-90.* *British Journal of Social y Clinical Psychology*. 16. 347-356.
 43. Derogatis, L. R. y Coons, H. L. (1993). *Self-report measures of stress*, En L. Goldberg y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress* (2n ed.). New York: The Free Press.
 44. Derogatis, L. R. y 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.
 45. Derogatis, L. R. y 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.
 46. Derogatis, L. R. y Savitz, K. L. (2000). *The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care.* M. E. Maruish (Ed.). *Handbook of psychological assessment in primary care setting*. (pp. 297-334). Mahwah: Lawrence Erlbaum.
 47. Derogatis, L. R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
 48. Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual I for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins University Press.

49. Derogatis, L. R. (1993). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems.
50. Derogatis, L. R. (1994), *SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition)*. Minneapolis: National Computer Systems.
51. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. y Covi, L. (1974). *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory*. Behavioral Science. 19. 1-15.
52. Derogatis, L. R., Meyer, J, K, y King, K, M, (1981), *Psychopathology in individuals with sexual dysfunction*, American Journal of Psychiatry. 138 (6). 757-763.
53. Dickson, L. R., Hays, L. R., Kaplan, C., Shelr, E., Abbott, S. y Schmitt, F. (1992). *Psychological profile of somatizing patients attending the integrative clinic*. International Journal of Psychiatry in Medicine. 22 (2). 141-153.
54. Egan, G. (1975). *The skilled helper. A model for systematic helping and interpersonal relating*. Pacific Grove. CA. Brooks/Cole.
55. Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Condrau, M., Huber, H., Gamma, A., Angst, J., y Rössler, W. (2003). *The Zurich Study: participation patterns and symptom checklist 90-R scores in six interviews, 1979–99*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 108. 11-14.
56. Essau, C., Groen, G., Conradt, J., Turbanisch, U. y Petermann, F. (2001). *Validität und Reliabilität der SCL-90-R: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie. 22. 10.1024//0170-1789.22.2.139.
57. Espelt, A., Viladrich, C., Doval, E., Aliaga, J., García-Rueda, R., & Tárrega, S. (2014). *Uso equitativo de tests en ciencias de la salud*. Gaceta Sanitaria, 28(5), 408-410.
58. Evenson, R.C., Holland, R.A., Mehta, S. y Yasin, F. (1980). *Factor analysis of the Symptom Checklist- 90*. Psychological Reports. 46 (3. Pt 1). 695-699.

59. Felipe Castaño, E., León del Barco, B., y López Pina, J. (2014). *Symptom CheckList-90-R: Proposed Scales in a Probability Sample of Adolescents from the General Population*. The Spanish Journal of Psychology. 17. E107.
60. Fernández Álvarez, H. (2006). *Los múltiples rostros de la evaluación en psicoterapia*. RIDEP · 21(1).
61. Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. Papeles del psicólogo, 31(1), 18-33.
62. Florkowski, C. M., Stevens, I., Joyce, P., Espiner, E. A. y Donald, R. A. (1998). *Growth hormone replacement does not improve psychological well-being in adult hypopituitarism: a randomized crossover trial*. Psychoneuroendocrinology. 23. 57-63.
63. Fortin, M. F., Coutu-Wakulczyk, G. y Engelsmann, F. (1989) *Contribution to the validation of the SCL-90-R in French-speaking women*. Health Care for Women International, 10(1): 27-41
64. Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., y Malling Thorsen, S. (2002). *SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan*. (4). Disponible en: <https://www.statinst.se/contentassets/8d7c5ef825a04cb8b5befdfbfbf6fa5a/scl90-svensk-normering-standardisering-och-validering-av-symtomskalan.pdf>
65. Galton, F. (1879). *Psychometric Experiments*. Brain. 2(2).149-162.
66. Gemppe Fuentealba, R. y Avendaño Bravo, C. (2008). *Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos*. Terapia psicológica. 26(1). 39-58.
67. Grill, S. S., Castañeiras, C., & Fasciglione, M. P. (2020) *Intervención transdiagnóstica en adultos con trastornos emocionales. Su aplicación en Argentina*. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. Recuperado en: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=119&iddt=7>

68. Hauff, E. y Vaglum, P. (1995). *Organised Violence and the Stress of Exile: Predictors of Mental Health in a Community Cohort of Vietnamese Refugees Three Years after Resettlement*. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 166. 360-7.
69. Heiman, J. R. y 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.
70. Holland, J. C., Morrow, G. R., Schmale, A., Derogatis, L., Stefanek, M., Berenson, S., Carpenter, P. J., Breitbart, W. y 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.
71. Johnson, M. E., Brems, C. y 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.
72. Kellner, R., Hernández, J. y Pathak, D. (1992). *Hypochondriacal fears and beliefs, anxiety and somatization*, *British Journal of Psychiatry*. 160. 525-532.
73. Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Dworkind, M. y Yaffe, M. J. (1993). *Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care*. *American Journal of Psychiatry*. 150 (5). 734-741.
74. 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.
75. Lambert M. J., Wipple J. L., Smart D.W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). *The effects of Providing Therapists with Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced?*. *Psychotherapy Research*. 11 (1).
76. Laloni, D. T. (2001). *Escala de avaliação de sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade*. 234 p. Tese (Doutorado em

Psicología) - Pontificia Universidade Católica de Campinas: Campinas.

77. Londoño, N. H., Agudelo, D. M., Martínez, E., Anguila, D., Aguirre, D.C., y Arias, J. F. (2018). *Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana*. MedUNAB. 21(2). 45-59.
78. Lorr, M. (1952). *The Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients (Form for Outpatient Use)*. Washington D.C.: Veterans Administration.
79. Lucht, M., Jahn, U., Barnow, S. y 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.
80. Maristany, M. (2009). *Evaluación Clínica y Psicoterapia: Una puerta abierta a la investigación*. Revista Argentina de Clínica Psicológica. XVIII(3).
81. Martínez, S., Stillerman, L., y Waldo, M. (2005). *Reliability and Validity of the SCL-90-R With Hispanic College Students*, Hispanic Journal of Behavioral Sciences. 27(2). 254–264.
82. Martínez-Azumendi, O., Fernández-Gómez, C. y Betia-Fernández, M. (2001). *Variabilidad factorial del SCL-90-R en una muestra psiquiátrica ambulatoria*. Actas Españolas de Psiquiatría. 29 (2). 95-102.
83. Messick, S. (1994). *Foundations of validity: Meaning and consequences in psychological assessment*. European Journal of Psychological Assessment. 10. 1-9.
84. Montero, E. (2001). *La teoría de respuesta a los ítems: una alternativa para el análisis psicométrico de instrumentos de medición*. Revista de Matemáticas: Teoría y aplicaciones. 7(1-2). 217-228.
85. Morgan, C. D., Wiederman, M. W. y Magnus, R. D. (1998). *Discriminant validity of the SCL-90 dimensions of anxiety and depression*, Assessment. 5. 197-201.

86. Noh, S., y Avison, W.R. (1992). *Assessing psychopathology in Korean immigrants: some preliminary results on the SCL-90*, Can J Psychiatry. 37(9). 640-5.
87. Nunnally J. C. y Bernstein, I, H, (1995), *Teoría Psicométrica*, Mc Graw Hill. México, D.F.
88. Olsen, L. R., Mortensen, E. L. y 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.
89. Paap, M. C., Meijer, R. R., Cohen-Kettenis, P. T., Richter-Appelt, H., de Cuypere, G., Kreukels, B. P. y Haraldsen, I. R. (2012). *Why the factorial structure of the SCL-90-R is unstable: comparing patient groups with different levels of psychological distress using Mokken Scale Analysis*. Psychiatry research. 200(2-3). 819-826.
90. Phares, J. y Trull, T. J. (2000). *Evaluación Conductual en: Psicología Clínica. Conceptos, Métodos y Práctica*. México: Manual Moderno.
91. Pani, P., Maremmani, I., Pirastu, R., Tagliamonte, A. y Gessa, G. L. (2000). *Buprenorphine: a controlled clinical trial in the treatment of opioid dependence*. Drug y Alcohol Dependence. 60. 39-50.
92. Parloff, M. B., Kelman, H, C, y Frank, J, D, (1954), *Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy*. American Journal of Psychiatry. 111 (5). 343-352.
93. Primeau, F., Fontaine, R, y Beauclair, L, (1990). *Valproic acid and panic disorder*, Canadian Journal of Psychiatry -Revue Canadienne de Psychiatrie. 35. 248-250.
94. Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F. y Perugini, M. (2012). *Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample*. Eur Psychiatry. 27(8):591-7.
95. Prusoff. B. A., Weissman, M. M., Klerman, G. L. y 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.

96. Quiroz Iman, K. M. (2017). *Estandarización del cuestionario SCL 90-R en adolescentes de educación básica regular de dos distritos de Lima-Sur*. Carrera Profesional de Psicología. Lima: Universidad Autónoma del Perú.
97. Rief, W. y 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.
98. Rivera-Ledesma, A., Caballero Suárez, N.P., Pérez Sánchez, I.N. Montero-López Lena, M y Cruz-Alcalá, N. (2012). *SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo*. Pontificia Universidad Javeriana. 12(1):105-18.
99. Robles, J., Andreu, J. y Peña, M. (2002). *SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles*. *Sicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2. 1-19.
100. Rosenberg, R., Bech, P., Mellegard, M. y 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.
101. Roskin, M. y Dasberg, H, (1983), *On the validity of the Symptom Check List-90 (SCL90): a comparison of diagnostic self-ratings in general practice patients and normals', based on the Hebrew version*, *International Journal of social psychiatry*, 29(3), 225-230,
102. Ruiz, M. A.; Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
103. Sánchez, R. O. y Ledesma, R. D. (2009). *Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica*. *Revista argentina de clínica psicológica*. 18(3). 265-274.
104. Sánchez, J. L., Vela, M. F. Rossi, D., Neila, M. J., Ragone, F. A., Carrión, A. Q., & Belamate, C. (2020). *Comportamiento Psicométrico del Inventario De Síntomas Revisado SCL-90 R:*

Administración remota durante confinamiento por COVID-19 en el Gran Mendoza. Mendoza. Universidad de Congreso.

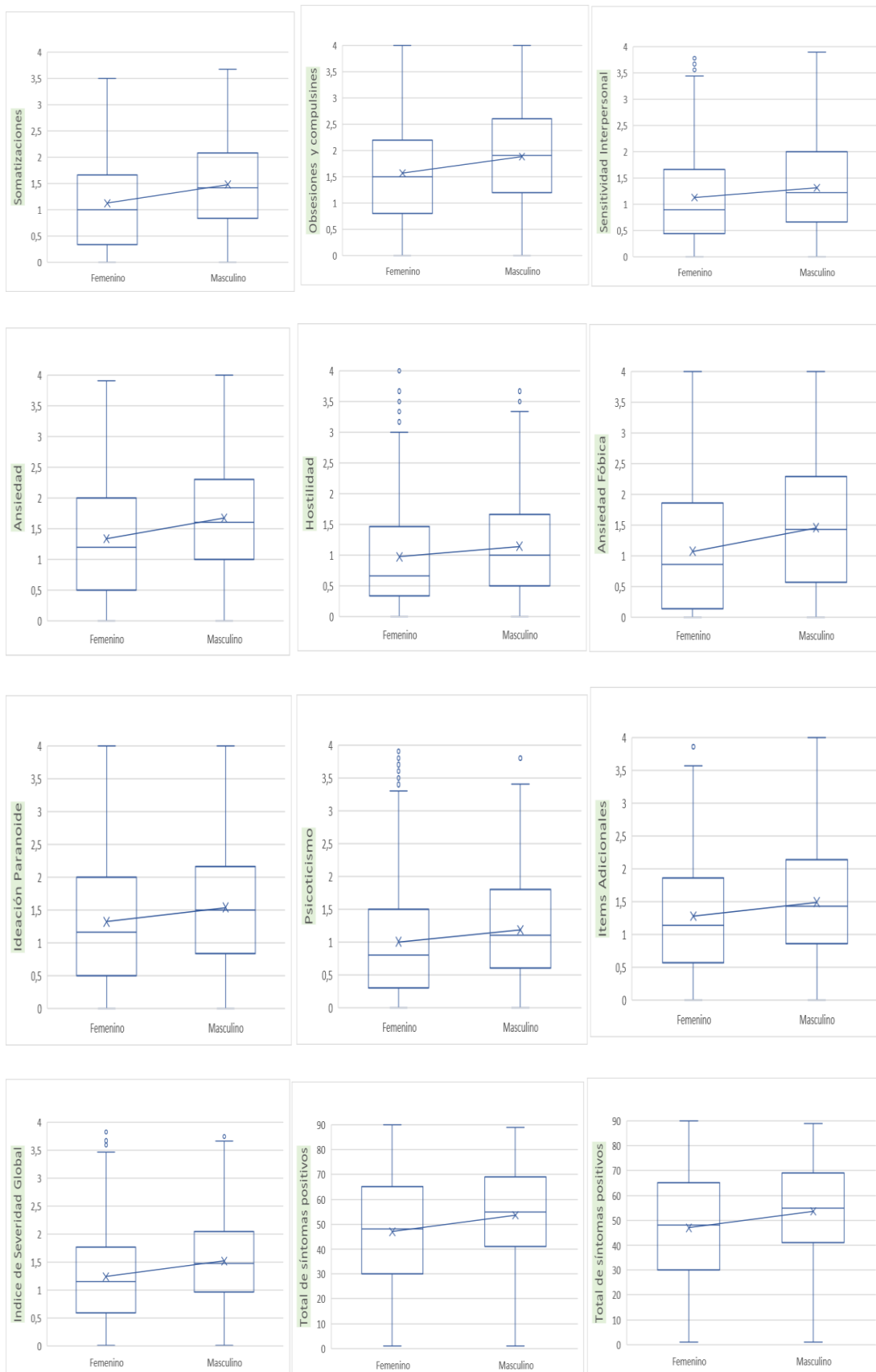
105. Schauenberg, H. (1999). *Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Check List SCL-90-R*. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 68. 199-206.
106. Schiphorst, H.R., Reneman, M., Boonstra, A.M., Dijkstra, P.U., Versteegen, G.J. y Geertzen, J. (2007). *The relationship between psychosocial distress and disability assessed by the Symptom Checklist-90-Revised and Roland Morris Disability Questionnaire in patients with chronic low back pain*. *The Spine Journal*. 7. 525-530.
107. Schmitz, N., Hartkamp, N. y Franke, G. H. (2000). *Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R*. *Psychological Reports*. 86. 263-274.
108. Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J., Franke, G. H., Reister, G. y Tress, W. (2000). *The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study*. *Quality of Life Research*. 9. 185-193.
109. Schmitz, N., Kruse, J. y 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.
110. Schmitz, N., Kruse, J., Heckrath, C., Alberti, L. y 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.
111. Schmitz, N., Hartkamp, N., Brinschwitz, C. y Michalek, S. (1999), *Computerized administration of the Symptom Checklist (SCL-R) and the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C) in psychosomatic outpatients*, *Psychiatry Research*. 87. 217-21.
112. Shafique, N., Khalily, M. T., y Mchugh, L, (2017). *Translation And Validation of Symptom Checklist-90*. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 32(2).

113. Shanahan, S. F., Anderson, S. J. y Mkhize, N. J. (2001). *Assessing psychological distress in Zulu-speakers: Preliminary findings from an adaptation of the SCL-90-R*, South African Journal of Psychology. 31(4).1–12.
114. Siassi, I. y Fozouni, B. (1982). *Psychiatry and the elderly in the Middle East: a report from Iran*. International Journal of Aging & Human Development. 15(2). 107-120.
115. Simon, G. E. y VonKorff, M. (1991). *Somatization and psychiatric disorder in the NIMH epidemiologic catchment area study*. American Journal of Psychiatry. 148 (11). 1491-1500.
116. Siqveland, J., Moum, T. Å., y Leiknes, K. A. (2016). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert (SCL-90-R)*. Disponible en: <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2711659/Siqveland-2016-M%C3%A5leegenskaper.pdf?sequence=2>
117. Smits, I. A., Timmerman, M. E., Barelds, D. P. y Meijer, R. R. (2014). *The Dutch symptom checklist-90-revised*, European Journal of Psychological Assessment.
118. Steer, R. A., Platt, J. J., Raniere, W. F. y 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.
119. Strayer, D. R., Carter, W. A., Brodsky, I., Cheney, P., Peterson, D., Salvato, P., Thompson, C., Loveless, M., Shapiro, D. E. y Elsasser, W. (1994). *A controlled clinical trial with a specifically configured RNA drug, Poly(I)-Poly(C[12]U), in chronic fatigue syndrome*. Clinical Infectious Diseases. 18 (Suppl.1). S88-95.
120. Swedo, S. E., Rettew, D. C., Kuppenheimer, M., Lum, D., Dolan, S. y Goldberger, E. (1991). *Can adolescent suicide attempters be distinguished from at-risk adolescents?*. Pediatrics. 88 (3). 620-629.

121. Swett, C., Surrey, J. y Cohen, C. (1990). *Sexual and physical abuse histories and psychiatric symptoms among male psychiatric outpatients*, American Journal of Psychiatry. 147 (5). 632-636.
122. Tang, Q., Cheng, Z., Yuan, A., y Deng, Y. (1999). *Application and analysis of SCL-90 in China*. Chin J Clin Psychol. 7(1). 16-20.
123. Tarabrina, N., Lazebnaya, E., Zelenova, M. y Lasko, N. (1996). *Chernobyl clean-up workers' perception of radiation threat*, Radiat Prot Dosim, 68: 251–255,
124. Tomioka, M., Shimura, M., Hidaka, M. y Kubo, C. (2008). *The reliability and validity of a Japanese version of Symptom Checklist 90 Revised*, BioPsychoSocial Medicine. 2. Article, 19.
125. Toomey, T. C., Seville, J. L., Mann, J. D., Abashian, S. W. y 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.
126. Torcida, S. y Perez, S. (2012). *Análisis de Procrustes y el estudio de la variación morfológica/ Procrustes analysis and the study of morphological variation*. Revista Argentina de Antropología Biológica. 14.
127. Torgerson, W. S. (1958). *Theory and methods of scaling*. Nueva York:Wiley.
128. Tovar, J. (2007). *Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. Psicología: Tópicos de actualidad*. 8.
129. Turner, L. A., Althof, S. E., Levine, S. B. y Bodner, D. (1991). *External vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: A one-year study of sexual and psychosocial impact*, Journal of Sex y Marital Therapy. 17 (2). 81-93.
130. Unoka, Z, Rózsa, S., Ko, N., Kállai, J., Fábián, Á., y Simon, L. (2004). *Validity and reliability of the SCL-90 in a Hungarian population sample*, Psychiatr. Hung. 19. 235-243.
131. Urbán, R., Kun, B., Farkas, J., Paksi, B., Kökönyei, G., Unoka, Z. y Demetrovics, Z. (2014), *Bifactor structural model of symptom*

- checklists: SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in a non-clinical community sample. Psychiatry research. 216(1). 146-154.*
132. Urquijo, S., Ané, A. y Abraham, C. (2013). *Prevalencia de psicopatologías en estudiantes universitarios. XXXIV Congreso Interamericano de Psicología, Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología - SIP, Brasilia.*
133. van der Sande, R., van Rooijen, L., Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., van der Graaf, Y. y van Engeland, H. (1997). *Intensive in-patient community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomized controlled intervention study. British Journal of Psychiatry. 171. 35-41.*
134. Vassend, O., y Skrandal, A, (1999). *The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. Behaviour Research and Therapy. 37. 685-701.*
135. Venturini, D. y Cebreros, D. (2011). *Manejo del estrés policial. Mendoza: Universidad del Aconcagua.*
136. Vollrath, M., Koch, R. y Angst, J. (1990). *The Zurich Study: IX. Panic disorders and sporadic panic: Symptoms, diagnosis, prevalence and overlap with depression. European Archives of Psychiatric and Neurological Science. 239 (4). 221-230.*
137. Wetzler, S., Kahn, S., Cahn, W., Van Praag, H.M. y Asnis, G.M. (1990). *Psychological test characteristics of depressed and panic patients, Psychiatry Research. 31 (2). 179-192.*
138. Wider, A. (1948). *The Cornell Medical Index. San Antonio: Psychological Corp.*
139. Wilkinson, L. (1999). *Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. American psychologist, 54(8), 594.*
140. Wolfe, J., Brown, P. J. y Bucsela, M. L. (1992). *Symptom responses of female Vietnam veterans to Operation Desert Storm. The American Journal of Psychiatry. 149 (5). 676-679.*
141. Woodworth, R. S. (1918). *The personal data sheet. Chicago: Stoelting.*

ANEXO I: Gráficos de cajas de comparación de medias.



ANEXO II: Consentimiento Informado

Título de la investigación: Datos Normativos del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008) en población clínica de la Provincia De Mendoza.

Investigador: Lic. Daniel Cebreros. Mat. Provincial Mza: 1886 DNI: 28847100 Mail: liccebreros@hotmail.com

Con este documento se le está invitando a participar de la investigación cuyo título se mencionó al principio. Antes de decidir su participación, debe ser mayor de edad, conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez comprendida la investigación se le pedirá que le de SI a este consentimiento, en caso de que su decisión sea participar de la misma.

Riesgos asociados con la investigación: el proyecto de investigación-intervención cuenta con las normas éticas de investigación en Argentina.

Aclaraciones:

1. Su decisión de participar en el estudio es voluntaria.
2. Si decide participar en la investigación usted puede finalizarla en el momento que así lo disponga.
3. El formulario que llenara será utilizado únicamente con fines académicos y de investigación; una vez que finalice la misma, serán archivados para dar soporte a los resultados.
5. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de caso, mantendrá estricta confidencialidad acerca de los participantes, por ello la encuesta será anónima y solo se le pedirán datos genéricos (edad, género, nivel educativo, estado civil y provincia de residencia). Esta será compartida con los directores, asesores y equipos de investigación en los espacios académicos y tutorías desarrollados con el fin de avanzar en la obra de conocimiento y el proceso de formación de investigadores.
6. Los resultados de este estudio serán utilizados con fines académicos y podrán ser publicados a través de medios de divulgación de interés científico, guardando la confidencialidad de sus participantes.

7. Por la participación en esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración de tipo económico.

Una vez considere que sus dudas han sido aclaradas y que no tiene ninguna pregunta sobre su participación en la investigación, usted puede, si así lo decide, coloque si acepto o no acepto la opción de consentimiento informado.

Consentimiento informado

Si acepto

**ANEXO III: Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R)
de Derogatis (Adaptación UBA, CONICET, 2008)**

**Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90R) de Derogatis
(Adaptación UBA, CONICET, 2008)**

Nombre **Estado Civil**
Edad **Escolarización**
Género **Nacimiento/Residencia**

CONSIGNA: A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una "equis" (X) en la casilla correspondiente, pensando cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. Por favor, no deje frase sin responder.

Listado de problemas	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza					
2. Nerviosismo					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4. Sensación de desmayo o mareo					
5. Falta de interés en relaciones sexuales					
6. Criticar a los demás					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa					
9. Tener dificultad para memorizar cosas					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a					
12. Dolores en el pecho					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles					
14. Sentirme con muy pocas energías					
15. Pensar en quitarme la vida					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen					
17. Temblores en mi cuerpo					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas					

19. No tener ganas de comer					
20. Llorar por casi cualquier cosa					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo					
22. Sentirme atrapado/a o encerrado					
23. Asustarme de repente sin razón alguna					
24. Explotar y no poder controlarme					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren					
27. Dolores en la espalda					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer					
29. Sentirme solo/a					
30. Sentirme triste					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa					
32. No tener interés por nada					
33. Tener miedos					
34. Sentirme herido en mis sentimientos					
35. Creer que la gente sabe lo que estoy pensando					
36. Sentir que no me comprenden					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que estén bien hechas					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera					
40. Náuseas o dolor de estómago					
41. Sentirme inferior a los demás					
42. Calambres en manos, brazos o piernas					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí					
44. Tener problemas para dormirme					
45. Tener que controlar una y otra vez lo que hago					
46. Tener dificultades para tomar decisiones					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus, auto o subterráneos, etc.					
48. Tener dificultades para respirar bien					
49. Ataques de frío o de calor					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo					
51. Sentir que la mente queda en blanco					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo					
53. Tener un nudo en la garganta					
54. Perder las esperanzas en el futuro					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo					
56. Sentirse flojedad, debilidad, en partes del cuerpo					
57. Sentirse muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y las piernas muy pesados					

59. Pensar que me estoy por morir					
60. Comer demasiado					
61. Sentirme incómodo cuando me miran o hablan de mí					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad					
65. Repetir muchas veces algo que hago: tocar, contar, lavar cosas, etc.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a					
67. Necesitar romper o destrozar cosas					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden					
69. Estar muy pendiente de los que los demás puedan pensar de mí					
70. Sentirse muy incómodo en lugares donde hay mucha gente					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo					
72. Tener ataques de mucho miedo o pánico					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público					
74. Meterme muy seguido en discusiones					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco					
77. Sentirse solo aun estando con gente					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme					
79. Sentirme un/a inútil					
80. Sentir que algo malo me va pasar					
81. Gritar o de tirar cosas					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente					
83. Sentir que se aprovechan de mi si los dejo					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados					
86. Tener imágenes o pensamientos que me dan miedo					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo					
88. Sentirse alejado/a de las demás personas					
89. Sentirme culpable					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien					

ANEXO IV: Cálculo de dimensiones clínicas del SCL-90-R

DIMENSIONES CLÍNICAS	CÁLCULO (TOTAL / CANTIDAD DE ÍTEMS)
1) Somatizaciones	$1 + 4 + 12 + 27 + 40 + 42 + 48 + 49 + 52 + 53 + 56 + 58/12$
2) Obsesiones y compulsiones	$3 + 9 + 10 + 28 + 38 + 45 + 46 + 51 + 55 + 65/10$
3) Sensitividad interpersonal	$6 + 21 + 34 + 36 + 37 + 41 + 61 + 69 + 73/9$
4) Depresión	$5 + 14 + 15 + 20 + 22 + 26 + 29 + 30 + 31 + 32 + 54 + 71 + 79/13$
5) Ansiedad	$2 + 17 + 23 + 33 + 39 + 57 + 72 + 78 + 80 + 86/10$
6) Hostilidad	$11 + 24 + 63 + 67 + 74 + 81/6$
7) Ansiedad fóbica	$13 + 25 + 47 + 50 + 70 + 75 + 82/7$
8) Ideación paranoide	$8 + 18 + 43 + 68 + 76 + 83/6$
9) Psicoticismo	$7 + 16 + 35 + 62 + 77 + 84 + 85 + 87 + 88 + 90/9$
ITEMES ADICIONALES.	$19 + 44 + 59 + 60 + 64 + 66 + 89$
INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL – IGS	Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas “total” de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS - TSP	El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado
INDICE MALESTAR SINTOMÁTICO POSITIVO – IMSP	Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS, pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas, se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero, vale decir por TSP