

**SCL-90-R:  
APLICACIÓN Y ANÁLISIS DE SUS PROPIEDADES  
PSICOMÉTRICAS EN UNA MUESTRA DE SUJETOS CLÍNICOS  
ESPAÑOLES**

José Ignacio Robles Sánchez<sup>1</sup>

*Universidad Complutense de Madrid*

José Manuel Andreu Rodríguez

*Universidad Complutense de Madrid y CES San Pablo - CEU.*

M<sup>a</sup> Elena Peña Fernández

*Universidad Complutense de Madrid y CES San Pablo - CEU*

**Resumen**

El principal objetivo del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la SCL-90-R. Esta escala, ampliamente utilizada en multitud de estudios clínicos, constituye una de las técnicas de autoinforme más avalada para la detección y medición de síntomas psicopatológicos, así como para la evaluación de supuestos casos psiquiátricos. A tenor de los resultados obtenidos en relación a sus propiedades psicométricas en una amplia muestra de sujetos clínicos, la versión española de la SCL-90-R es una prueba suficientemente fiable y específica para la evaluación de síntomas y posibles casos psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: *SCL-90-R, Síntomas, Psicopatología, Psicología Forense.*

**Abstract**

The principal aim of this study was to analyze the psychometric properties of the SCL-90-R. This scale, which is widely used in many clinical studies, is one of the most reliable and valid self report measures for the detection and assessment of psychopathological symptoms as well as the assessment of psychiatric cases. In light of the obtained results we conclude that the Spanish version of the SCL-90-R is a measure of adequate reliability and specificity for the assessment of psychiatric symptoms and cases.

KEY WORDS: *SCL-90-R, Symptoms, Psychopathology, Forensic psychology.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* José Ignacio Robles, Dpto. de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223, Madrid.

## Introducción

La primera escala autoaplicada de síntomas apareció como consecuencia de la aplicación del test de Woodworth durante la 1ª Guerra Mundial (Woodworth, 1918). Desde entonces hasta la actualidad, las escalas de evaluación psicológica han evolucionado de forma considerable. Las escalas de autoinforme proporcionan una información importante, sobre todo, en el terreno de la psicopatología forense, que, en ocasiones, es difícil de conseguir por otros medios. Hay experiencias que sólo pueden ser referidas por el propio sujeto que las experimenta y que a los observadores de la conducta externa del sujeto se les escapa.

Reseñada la importancia de estas escalas de diseño clínico en la evaluación de la personalidad y de la posible psicopatología de los evaluados, cosa que ya casi nadie pone en duda, queremos señalar el problema que se suele plantear entre los profesionales de la psicología clínica y, en especial, la forense, a la hora de elegir una u otra escala, ésta o aquélla prueba. En pocas palabras: “Una vez decididos por alguna de las muchas que se nos ofrecen en el mercado o de aquellas que nosotros podamos elaborar, se nos plantea el problema de su baremación y más concretamente, de su baremación en población española y más concretamente en población clínica”.

Para resolver, en parte, estas serias dificultades y limitaciones, se ha elegido para nuestro estudio y propuesta, entre otras muchas escalas que hay en el mercado de aplicación clínica, la SCL-90-R, tanto por la gran profusión de referencias bibliográficas que aparecen de la prueba en los países de habla inglesa, como por su utilización clínica por algunos profesionales españoles.

## Breve descripción de la SCL-90-R

La SCL-90-R es un cuestionario de síntomas autoaplicado que consta, como su nombre indica, de 90 ítems. La primera versión fue desarrollada por Derogatis, Lipman y Covi en 1973, tras su aplicación clínica y diferentes análisis psicométricos, Derogatis, Rickels y Rock publican la forma actual en 1976. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde “0” (ausencia del síntoma) hasta “4” (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: *Somatización*, *Obsesión-compulsión*, *Sensibilidad interpersonal*, *Depresión*, *Ansiedad*, *Hostilidad*, *Ansiedad fóbica*, *Ideación paranoide* y *Psicoticismo*. Los índices de malestar son: a) el *Índice global de severidad* (GSI), b) el *Índice de malestar sintomático positivo* (PSDI) y c) el *Total de síntomas positivos* (PST).

La escala de *Somatización* refleja el malestar que percibe el sujeto de sus “disfunciones” corporales. Las preguntas se refieren a quejas somáticas y en muchas ocasiones pueden reflejar auténticas enfermedades físicas. La escala *Obsesión-compulsión* está muy relacionada con el síndrome clínico del mismo nombre, es decir,

pensamientos, impulsos y acciones experimentadas por el sujeto como egodistónicas. El sujeto tiene pensamientos intrusivos, que reconoce como suyos, pero que no puede eludir y realiza conductas cognitivas o motoras para liberarse de la ansiedad que le producen esos pensamientos. La *Sensibilidad interpersonal* se refiere a los sentimientos personales de inadecuación e inferioridad, particularmente en comparación con los demás. Sentimientos de minusvalía, de dificultad y notorio malestar durante las interacciones con otras personas son características de esta escala. Los sujetos con puntuaciones altas en esta escala son autorreferenciales y tienen expectativas negativas de sus relaciones interpersonales. La escala de *Depresión* mide un amplio rango de síntomas de la depresión clínica. Los síntomas del humor y el afecto disfórico se representan como signos de retirada de los intereses vitales, ausencia de motivación y pérdida de la energía vital. También se incluyen sentimientos de desesperanza, ideación suicida, y otros correlatos depresivos en la esfera de lo cognitivo y de lo somático.

La escala de *Ansiedad* comprende una serie de síntomas y signos que están asociados a la ansiedad clínica. Signos tales como nerviosismo, tensión y temblores, ataques de pánico y sentimientos de terror. La escala de *Hostilidad* refleja pensamientos, sentimientos o acciones que son característicos de un estado de afecto negativo o enfado. Los ítems reflejan aspectos tales como irritabilidad, rabia y resentimiento. La *Ansiedad fóbica* se define como una respuesta de miedo persistente hacia una persona específica, lugares, objetos, animales o situaciones, y se caracteriza por ser irracional y desproporcionada al estímulo que la produce. Conlleva a menudo conductas de evitación o de escape de ese estímulo. Esta escala representa la conducta paranoide fundamentalmente como un trastorno del pensamiento. Las características del pensamiento proyectivo, hostilidad, suspicacia, grandiosidad, hipertrofia del yo, miedo a perder su autonomía y delirios se consideran como las reflexiones primarias de este trastorno y la selección de los ítems van encaminadas a medir este concepto. Finalmente, la escala de *Psicoticismo* está formada por ítems que miden la conducta de retirada social, aislamiento, también se incluye el estilo de vida esquizoide, así como síntomas esquizofrénicos de primer orden tales como alucinaciones y sonorización y difusión del pensamiento. La escala de psicoticismo proporciona un *continuum* graduado desde una alienación interpersonal moderada hasta una evidencia dramática de psicosis.

Hay, además, 7 ítems que no están incluidos en las escalas referidas anteriormente. Estos ítems saturan en varias escalas pero no son específicos de ninguna de ellas y, sin embargo, son clínicamente importantes. Contribuyen a las puntuaciones globales del SCL-90-R. Estos ítems adicionales no forman una escala aparte, sino que se suman con las puntuaciones globales. La función de cada una de estas medidas globales es comunicar en una sola puntuación el grado de psicopatología de los sujetos. Cada medida nos proporciona un aspecto diferente de la psicopatología del individuo (Derogatis, Yevzeroff y Wittelsberger, 1975). Muy resumidamente:

- El **GSI** representa el nivel actual de la profundidad del trastorno, y puede ser utilizado en aquellas ocasiones en las que se solicita una simple medida psicopatológica. Combina información sobre el número de síntomas y la intensidad del malestar psíquico

percibido.

- El **PSDI** es una medida de intensidad pura corregida para un número de síntomas. Sirve como medida de estilo de respuesta, en el sentido de informar si el paciente está aumentando o atenuando el malestar sintomático en su estilo de referirse a su trastorno.

- El **PST** es un contador del número de síntomas que el paciente puntúa de forma positiva, independientemente del grado de severidad en que puntúe.

Cuando este último contador se utiliza conjuntamente con el GSI, la información sobre el estilo de respuesta y el número de síntomas respondidos afirmativamente, pueden ser muy útiles para la descripción clínica del caso.

Se ha de destacar también que las instrucciones son muy sencillas y en todas las situaciones de aplicación, son las siguientes: “A continuación se van a presentar una lista de problemas y quejas que algunas veces tiene todo el mundo. Lea cada una pausadamente y seleccione uno de los números que describen el grado de malestar que el problema le ha causado a usted en los últimos 7 días, incluyendo el día de hoy. Ponga el número en el lugar correspondiente a la derecha de la pregunta. Conteste a todas las preguntas, sin dejar ninguna y escriba el número claramente. Si cambia de opinión borre perfectamente el número incorrecto”.

En cuanto a la puntuación a las preguntas, ésta es la siguiente: 0 = Nada. No tiene el síntoma en absoluto; 1 = Poco. Algunas veces; 2 = Regular. Moderadamente; 3 = Mucho; Siempre, 4 = Extremadamente. El tiempo que lleva la aplicación de la prueba suele ser de 3 ó 4 minutos para la explicación de la prueba y alrededor de 15 minutos para completarla. Las personas muy cuidadosas y/o inseguras pueden tardar el doble de tiempo.

Las normas de corrección de la prueba son como siguen:

1) Sumar por separado los ítems que componen cada escala, así como los adicionales.

2) Dividir la suma por el número de ítems que componen la escala, obteniendo dos cifras decimales (por ejemplo, en la escala “Somatización” dividiremos los puntos por 12).

Para calcular los tres índices globales deben darse los pasos siguientes:

3) Sumar todos los ítems de las 9 escalas conjuntamente y dividir esta suma por 90 y de este modo obtenemos el GSI (Índice de Severidad Global).

4) Contar todos los ítems a los que el sujeto ha respondido afirmativamente (respuesta distinta de 0) y de este modo obtendremos el PST ( Total de Síntomas Positivos).

5) Dividiendo el total obtenido por la suma de los ítems que componen las 9 escalas por el Total de Síntomas Positivos obtenemos el PSDI (Índice de Malestar de Síntomas Positivos).

### **Aplicación de la prueba a una muestra clínica española.**

#### *Sujetos*

Se aplicó el cuestionario a una muestra clínica española compuesta por 460 sujetos de ambos sexos, principalmente varones, de edades comprendidas entre los 31 y los 17 años de edad. El nivel de estudios que predominó en la muestra fue el de graduado escolar. Todos los sujetos fueron seleccionados de un Hospital Clínico Militar de la Comunidad de Madrid y participaron de forma voluntaria. Ninguno de los sujetos estaba en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico.

#### *Material y método*

Para aplicar la prueba se utilizó una traducción del original al español ampliamente consensuada por diferentes profesionales de la psicología clínica con amplios conocimientos de Inglés. La traducción realizada se editó a través de un procesador de textos convencional, manteniendo lo máximo posible la estructura original de la prueba. Posteriormente se reprodujeron las fotocopias necesarias para su aplicación a la muestra seleccionada. La aplicación de la prueba se llevó a cabo por personal experto, licenciados en psicología, siguiendo las normas citadas en este trabajo.

#### *Corrección y análisis de datos*

Para la corrección de la prueba hemos tenido a nuestra disposición un programa, compilado en *Clipper*, que se realizó en el Hospital Militar de Sevilla. Este programa posibilita la corrección informatizada del cuestionario a través de la creación de una base de datos con los resultados de los sujetos que se van introduciendo ítem a ítem; posteriormente se obtienen las puntuaciones directas para cada una de las escalas e índices de la prueba. Otro modo de corrección, si bien más lento pero de mayor facilidad de aplicación y manejo es la manual. Únicamente se suman cada una de las puntuaciones que el sujeto ha contestado a cada uno de los ítems que conforman las escalas clínicas y, posteriormente, se divide esta puntuación entre el número total de ítem que componen dicha escala. Para el cálculo de los índices tan sólo se ha de seguir las indicaciones ofrecidas anteriormente. Si bien, es un sistema de corrección bastante tedioso y largo por lo que en el Anexo se ofrece un sistema de corrección informatizado de la prueba, así como un perfil gráfico de las escalas clínicas que ayudan ostensiblemente a su corrección e interpretación.

Para el posterior análisis estadístico los campos que se crearon fueron los siguientes: nombre, número de identificación, sexo, edad, nivel de estudios y 90 campos más uno por cada ítem del SCL-90-R. Esta hoja de cálculo fue tratada con el paquete estadístico S.P.S.S. (v. 10) para Windows, con licencia de uso para la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Para la adaptación psicométrica de la prueba se utilizaron diferentes estadísticos descriptivos, coeficientes de fiabilidad, así como técnicas de análisis multivariante.

## Resultados

### 1) Análisis descriptivos de las escalas clínicas, ítems e índices globales.

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos (número de sujetos, media y desviación típica, respectivamente) para cada una de las escalas clínicas. Tal y como se puede observar, la escala “ansiedad fóbica” fue la que presentó menor frecuencia sintomatológica ( $\bar{x}=0,21$ ;  $S_x=0,34$ ); siendo la sintomatología de tipo obsesivo-compulsivo la que mayor puntuación media obtuvo ( $\bar{x}=0,67$ ;  $S_x=0,58$ ).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos de las escalas clínicas

	N	Media	Desv. típ.
Somatización	460	0,56	54
Obsesión-compulsión	460	0,67	58
Sensibilidad interpersonal	460	0,45	46
Depresión	460	0,54	50
Ansiedad	460	0,55	51
Hostilidad	460	0,63	68
Ansiedad fóbica	460	0,21	34
Ideación paranoide	460	0,52	57
Psicoticismo	460	0,33	45

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

**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “somatización”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
1	458	,76	,90
4	458	,24	53
12	457	,65	,95
27	459	96	122
40	459	,43	,87
42	459	,89	1,03
48	460	,40	,80
49	459	,41	,79
52	460	,71	,96
53	460	,46	,80
56	459	,64	,93
58	457	,27	,66

Tal y como se puede observar en la Tabla 2, el ítem con mayor frecuencia media fue el 27: “*Dolores en la parte baja de la espalda*” ( $\bar{x}=0,96$ ;  $S_x=1,22$ ); siendo el ítem 4: “*Desmayos o mareos*” ( $\bar{x}=0,24$ ;  $S_x=0,53$ ) el de menor presencia sintomatológica de tipo somático.

En la Tabla 3, se observa que el ítem 65: “*Necesidad de repetir las mismas acciones tales como tocar, lavar, contar*” ( $\bar{x}=0,46$ ;  $S_x=0,80$ ) fue el de menor índice en esta escala; siendo el ítem 38: “*Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas*” el que obtuvo mayor puntuación en la escala de obsesión-compulsión ( $\bar{x}=0,95$ ;  $S_x=1,01$ ).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “obsesivo-compulsivo”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
3	453	,68	,94
9	452	,67	,90
10	460	,89	1,04
28	460	,47	,81
38	460	,95	1,01
45	460	,91	1,07
46	460	,59	,84
51	459	,51	,79
55	459	,66	,87
65	459	,46	,80

En la Tabla 4, el ítem 73: “*Sentirse incómodo al comer y beber en público*” ( $\bar{x}=0,25$ ;  $S_x=0,61$ ) fue el que obtuvo menor presencia sintomatológica; siendo el ítem 61: “*Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted*” el que obtuvo mayor puntuación media en la escala de “sensibilidad interpersonal” ( $\bar{x}=0,73$ ;  $S_x=0,94$ ).

**Tabla 4.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “sensibilidad social”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
6	457	,68	,85
21	460	,38	,78
34	460	,70	,99
36	458	,35	,68
37	456	,37	,67
41	460	,30	,64
61	460	,73	,94
69	458	,34	,71
73	458	,25	,61

En la Tabla 5, se observa que el ítem 15: “Ideas de suicidio” ( $\bar{x}=0,11$ ;  $S_x=0,50$ ) fue el que presentó menor índice de presencia en esta escala; siendo el ítem 31: “Preocupaciones excesivas por las cosas” el que obtuvo mayor frecuencia media en la escala de sintomatología depresiva ( $\bar{x}=1,18$ ;  $S_x=1,11$ ).

**Tabla 5.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “depresión”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
5	460	,22	,63
14	460	,72	,90
15	459	,11	,50
20	458	,31	,76
22	459	,60	1,02
26	457	,63	,93
29	459	,46	,80
30	460	,54	,85
31	460	1,18	1,11
32	456	,61	,87
54	458	,69	1,00
71	460	,71	,95
79	460	,30	,69

En la Tabla 6, se observa que el ítem 72: “Momentos de terror o pánico” ( $\bar{x}=0,22$ ;  $S_x=0,54$ ) fue el de menor prevalencia en la escala; siendo el ítem 2: “Nerviosismo o agitación interior” el que obtuvo mayor puntuación en la escala de ansiedad ( $\bar{x}=1,23$ ;  $S_x=1,07$ ).

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “ansiedad”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
2	460	1,23	1,07
17	458	,27	,67
23	460	,27	,62
33	455	,29	,60
39	459	,62	,97
57	459	,90	1,05
72	460	,22	,54
78	460	,55	,81
80	460	,26	,64
86	460	,93	1,12

Respecto a la Tabla 7, el ítem con menor puntuación fue el 74: “*Discutir constantemente*” ( $\bar{x}=0,43$ ;  $S_x=0,75$ ); siendo el ítem 11: “*Facilidad de ser enojado o irritado*” el de mayor prevalencia sintomatológica ( $\bar{x}=0,94$ ;  $S_x=0,99$ ).

**Tabla 7.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “hostilidad”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
11	459	,94	,99
24	460	,47	,84
63	460	63	92
67	458	,71	1,07
74	460	,43	,75
81	459	,61	,97

En la tabla 8, se observa que el ítem 25: “*Sentimientos de miedo a salir solo de casa*” es el de menor puntuación media ( $\bar{x}=0,09$ ;  $S_x=0,47$ ); siendo el ítem 50: “*Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan*” el de mayor frecuencia en relación a la sintomatología fóbica ( $\bar{x}=0,28$ ;  $S_x=0,60$ ).

**Tabla 8.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “ansiedad fóbica”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
13	460	22	,55
25	460	9	47
47	458	,14	,55
50	459	,28	,60
70	459	,27	,65
75	458	,26	,61
82	460	,26	,63

En la Tabla 9 se observa que el ítem 8: “*Sentimientos de que los demás son los culpables de sus problemas*” ( $\bar{x}=0,35$ ;  $S_x=0,75$ ) fue el de menor presencia sintomatológica; siendo el ítem 18: “*Sentimientos de desconfianza hacia los demás*” el que obtuvo mayor frecuencia media en la muestra respecto a la sintomatología de tipo paranoide ( $\bar{x}=0,73$ ;  $S_x=0,87$ ).

**Tabla 9.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “ideación paranoide”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
8	460	,35	,75
18	460	,73	,87
43	460	,52	,88
68	460	,60	,95
76	459	,49	,84
83	458	,45	,76

Respecto a esta escala, el ítem 16: “Oír voces que otras personas no oyen” fue el de menor intensidad ( $\bar{x}=0,15$ ;  $S_x=0,58$ ); siendo el ítem 77: “Sentirse solo incluso cuando se está rodeado de gente” el que mayor presencia obtuvo en la muestra en relación a la sintomatología de tipo psicótico ( $\bar{x}=0,48$ ;  $S_x=0,82$ ).

**Tabla 10.** Estadísticos descriptivos de los ítems que componen la escala “psicoticismo”

Ítems	N	Media	Desv. típ.
7	460	,39	,81
16	459	,15	,58
35	457	,31	,69
62	460	,34	,73
77	460	,48	,82
84	460	,27	,69
85	458	,23	,63
87	454	,38	,79
88	458	,34	,73
90	458	,42	,87

En la Tabla 11 se representan los estadísticos descriptivos para cada uno de los índices que la prueba presenta: el GSI o Índice de Severidad Global, el PSDI o Índice de Malestar de Síntomas Positivos y, finalmente, el PST o Índice de Síntomas Positivos. La función de cada una de estas medidas globales es comunicar en una sola puntuación el grado de psicopatología de los sujetos.

**Tabla 11.** Estadísticos descriptivos de los índices globales

Índices	N	Media	Desv. típ.
GSI	460	46	39
PTS	460	2840	1879
PSDI	452	132	39

## 2) Análisis de la fiabilidad.

La Tabla 12 presenta los coeficientes de fiabilidad, estimados a través de diferentes procedimientos basados en la división del test en dos mitades (Coeficiente Spearman-Brown) y en las covarianzas entre ítems (Coeficiente Alpha y Coeficiente  $L_2$  de Guttman).

**Tabla 12.** Fiabilidad de cada una de las escalas clínicas

	Coeficiente Alpha	Coeficiente Spearman-Brown	Coeficiente $L_2$ de Guttman
<u>Escalas clínicas</u>			
Somatización	0,85	0,81	0,85
Obsesión-compulsión	0,84	0,77	0,84
Sensibilidad interpersonal	0,77	0,79	0,77
Depresión	0,82	0,78	0,83
Ansiedad	0,79	0,77	0,8
Hostilidad	0,78	0,81	0,79
Ansiedad fóbica	0,69	0,65	0,7
Ideación paranoide	0,76	0,77	0,76
Psicoticismo	0,81	0,81	0,82

El análisis de la fiabilidad a través de la consistencia interna de las escalas en el presente estudio fue satisfactorio: desde un intervalo  $\alpha$  de 0.69 (ansiedad fóbica) a 0.85 (somatización), desde un  $r_{s-b}$  de 0.65 (ansiedad fóbica) a 0.81 (somatización) y desde un  $L_2$  de 0.70 (ansiedad fóbica) a 0.85 (somatización), respectivamente.

La Tabla 13 presenta los coeficientes alpha obtenidos en la muestra original por Derogatis (1983) en cada una de las escalas clínicas.

**Tabla 13.** Consistencia interna de las escalas en la muestra original

Escalas clínicas	Coefficiente Alpha
Somatización	0,86
Obsesión-compulsión	0,86
Sensibilidad interpersonal	0,86
Depresión	0,9
Ansiedad	0,85
Hostilidad	0,84
Ansiedad fóbica	0,82
Ideación paranoide	0,8
Psicoticismo	0,77

Tal y como se puede observar en las Tablas 12 y 13, las distintas escalas en ambas muestras presentan una fiabilidad aproximada; exceptuando el caso de la escala “ansiedad fóbica” que presentó una menor consistencia interna en la muestra española en comparación con la original ( $\alpha=0.69$  vs.  $\alpha=0.82$ ).

La Tabla 14 presenta la consistencia interna total de la prueba en la presente investigación.

**Tabla 14.** Consistencia interna de la SCL-90

	Coefficiente $\alpha$	Coefficiente	Coefficiente $L_2$
SCL-90-R	0,96	0,94	0,97

Tal y como se puede observar en la Tabla 14, la fiabilidad global que presenta la prueba, estimada a través de varios procedimientos estadísticos, es bastante satisfactoria: desde un  $\alpha=0.96$  a un  $L_2=0.97$ .

### 3) Validez factorial de constructo.

La validez de constructo intenta responder a la pregunta sobre qué cualidades psicológicas o qué constructos mide un test. Por constructo se entiende cualquier atributo de las personas que quede relegado en la ejecución de un test. En el caso que nos ocupa: ¿qué alteraciones psicopatológicas estamos midiendo con el SCL-90-R? Intentaremos dar respuesta a esta cuestión de forma progresiva.

En primer lugar vamos a especificar las relaciones existentes de forma empírica entre cada una de las escalas clínicas, para posteriormente explicar e interpretar cómo la evidencia empírica clarifica la validez de constructo de este instrumento psicométrico. En este sentido, la Tabla 15 presenta las correlaciones entre cada una de las escalas clínicas de la SCL-90. Tal y como se puede observar en esta Tabla, todas las correlaciones entre cada una de las diferentes escalas que componen la SCL-90 son significativas, con  $p < 0.001$ , positivas y con un rango desde  $r = 0.50$  (ideación paranoide y somatización) hasta un  $r = 0.83$  (depresión y obsesión-compulsión). Por tanto, todas las correlaciones son positivas, altas y significativas entre sí.

A tenor de estos resultados se va a aplicar la técnica estadística del Análisis Factorial con el objeto de estudiar con mayor profundidad la validez de constructo del test. La validez de constructo de un test estudiada mediante el análisis factorial se suele denominar “validez factorial”.

**Tabla 15.** Correlaciones entre las escalas clínicas de la SCL-90

	Somatización	Obsesivo-Compulsivo	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad-Fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Somatización	1,000	,667	,517	,649	,732	,567	,530	,504	,549
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Obsesivo-Compulsivo	667	1,000	,701	,834	,775	,636	,586	,709	,693
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Sensibilidad interpersonal	,517	,701	1,000	,758	,647	,629	,647	,750	,729
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Depresión	,649	,834	,758	1,000	,794	,666	,658	,706	,768
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Ansiedad	,732	,775	,647	,794	1,000	,658	,616	,671	,686
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Hostilidad	,567	,636	,629	,666	,658	1,000	,510	,663	,675
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Ansiedad Fóbica	,530	,586	,647	,658	,616	,510	1,000	,623	,681
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Ideación paranoide	,504	,709	,750	,706	,671	,663	,623	1,000	,719
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Psicoticismo	,549	,693	,729	,768	,686	,675	,681	,719	1,000
	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	460	460	460	460	460	460	460	460	460

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,001 (bilateral).



Ítem 38	,480								
Ítem 39	,592								
Ítem 40	,486								
Ítem 41	,540								
Ítem 42	,399	,434							
Ítem 43	,584								
Ítem 45	,608								
Ítem 46	,674								
Ítem 47	,382								
Ítem 48	,415								
Ítem 49	,525								
Ítem 50	,516							-,400	
Ítem 51	,584								
Ítem 52	,543		-,392						
Ítem 53	,658								
Ítem 54	,643								
Ítem 55	,710								
Ítem 56	,664								
Ítem 57	,673								
Ítem 58	,543		-,412						
Ítem 61	,613								
Ítem 62	,598								
Ítem 63									
Ítem 65	,605								
Ítem 67	,610					,364			
Ítem 68	,511			-,394					
Ítem 69	,642								
Ítem 70	,600								
Ítem 71	,507								
Ítem 72	,614								
Ítem 73	,459								
Ítem 74	,580								
Ítem 75	,556								
Ítem 76	,571								
Ítem 77	,605								
Ítem 78									
Ítem 79	,625								
Ítem 80	,547								
Ítem 81	,570					,392			
Ítem 82	0,445								
Ítem 83	,617								
Ítem 84	,470		-,420						
Ítem 85	,533		-,490						
Ítem 86	,432								
Ítem 87	,635								
Ítem 88	,500								
Ítem 90	,679								
<hr/>									
	23,976	4,131	2,941	2,145	2,055	1,763	1,717	1,635	1,505
% V.E.	29,970	35,134	38,810	41,492	44,061	46,265	48,411	50,454	52,336
<hr/>									

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.

Este factor apoyaría la capacidad de este instrumento como batería con capacidad de *screening* psicopatológico. Tal y como Derogatis (1983) señala, la SCL-90 presenta una estructura que permite su utilización como herramienta para el screening psiquiátrico, la detección de falsos positivos y falsos negativos, así como para la definición de “caso psiquiátrico”. La investigación en esta escala debe continuar en este sentido en aras a la mayor especificación de su estructura factorial, dada su utilidad a nivel clínico y psicopatológico. La Tabla 17 presenta la relación entre este factor general y los tres índices globales de la escala. Tal y como se puede observar, la correlación con los tres índices globales es alta y positiva; siendo de menor envergadura para el tercer índice: el Índice de Malestar de Síntomas Positivos. La existencia de este factor psicopatológico general es además consistente con la utilidad práctica de los tres índices globales diseñados por Derogatis, en cuanto a su utilidad de cara a indicar el nivel de profundidad de la psicopatología individual (Derogatis, 1977).

**Tabla 17.** Correlaciones entre los índices psicopatológicos y el factor general

	Factor general	GSI	PTS	PSDI
Factor general		,997	,919	,568
	,	,000	,000	,000
	389	389	389	381
GSI	,997		,929	,613
	,000	,	,000	,000
	389	460	460	452
PTS	,919	,929		368
	,000	,000	,	0
	389	460	460	452
PSDI	,568	,613	,368	
	,000	,000	,000	,
	381	452	452	452

#### 4) Interpretación normativa de la SCL-90-R.

La baremación de la versión original de la escala se realizó por sus autores a través de las puntuaciones T, que suponen distribuciones normalizadas y frecuencias comparables para las dimensiones o rasgos subyacentes medidos. Sin embargo, en algunas ocasiones el procedimiento tradicional de transformar las puntuaciones directas

obtenidas en un test en puntuaciones típicas no parece ser el más adecuado (Gulliksen, 1950; Hsu, 1985). Por ejemplo, cuando un conjunto de escalas se diseña para evaluar síndromes clínicos o sintomatología psiquiátrica diversa, ya que ni se distribuyen normalmente ni su prevalencia es igual entre las poblaciones de pacientes (Millon, 1998).

Ya que como creemos que el propósito principal de la SCL-90-R como instrumento clínico que engloba una serie de escalas psicopatológicas cuya distribución no puede ser considerada normalizada, la interpretación baremada de las puntuaciones se realizó en percentiles. Los percentiles se interpretan como el porcentaje de sujetos que quedan por debajo de él en el grupo normativo. Entre sus ventajas está la de su fácil cálculo y su interpretación sencilla. Si bien, entre sus desventajas se encuentran que son menos estables en la parte central de la distribución, ni permiten comparaciones interindividuales.

La Tabla 18 presenta las puntuaciones centiles de la escala SCL-90 en la muestra de sujetos.

### **Evaluación del caso psiquiátrico**

Una importante aplicación de los denominados auto-informes, en concreto de los inventarios o listados de síntomas es su utilidad como medida de *screening* en los trastornos psiquiátricos. Aunque la investigación en contextos epidemiológicos con la SCL-90-R hasta el momento no ha sido extensa, la escala presenta validez, sensibilidad y especificidad suficiente para la definición de un caso psicopatológico o psiquiátrico (Derogatis, 1975; Derogatis, 1983). La definición operacional de caso psiquiátrico siguiendo el criterio estadístico por percentiles, realizado en el presente estudio, sería como el siguiente:

Índice de Severidad Global > 75
---------------------------------

Es decir, si la puntuación centil del Índice de Severidad Global es > 75 debería considerarse el diagnóstico positivo de caso psiquiátrico. Este índice, por tanto, tiene importantes aplicaciones prácticas en la praxis forense a la hora de proseguir la evaluación psicodiagnóstica del caso como trastorno psicopatológico o psiquiátrico de mayor envergadura. No obstante, esta definición es provisional en cuanto es necesario que la investigación en España con la SCL-90-R, como instrumento de screening psiquiátrico, se desarrolle en poblaciones clínicas y forenses más representativas y con diversos trastornos psiquiátricos.

**Tabla 18.** Puntuaciones centiles de las Escalas de la SCL-90-R para la muestra de sujetos

Centil	Somatización	Obsesivo- Compulsivo	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad- Fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo	GSI	PTS	PSDI	Centil
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	1
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	400	87	5
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	710	92	10
15	8	10	0	8	11	0	0	0	0	12	100	100	15
20	8	20	11	16	11	0	0	0	0	14	120	100	20
25	16	20	11	16	22	20	0	4	0	17	140	102	25
30	25	24	11	25	22	20	0	16	10	20	160	106	30
35	25	30	22	25	22	20	0	16	10	22	180	111	35
40	33	40	22	33	33	20	0	16	10	26	200	115	40
45	33	50	22	33	33	29	0	33	10	31	220	119	45
50	41	50	33	41	44	40	14	33	20	33	240	123	50
55	50	60	33	41	44	40	14	33	20	37	260	128	55
60	58	70	44	50	55	60	14	50	30	42	290	131	60
65	66	80	44	58	55	60	14	50	30	47	320	137	65
70	66	90	55	66	66	80	28	66	37	55	360	144	70
75	82	100	66	83	77	100	28	83	48	63	410	153	75
80	100	110	77	91	100	120	28	100	50	75	460	161	80
85	115	130	88	100	111	140	42	116	70	83	500	173	85
90	144	150	111	125	133	180	70	133	90	101	570	185	90
95	175	190	144	158	166	220	100	166	130	131	670	212	95
99	228	237	204	233	222	280	185	233	213	189	763	258	99

## Referencias

- Derogatis, L. (1975): *The SCL-90-R Clinical Psychometric Research*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L.R. (1977): *SCL-90-R: Administration scoring and procedures. Manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. (1983): *SCL-90. Administration, Scoring and Procedures: Manual-II*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., Lipman, R.S. y Covi, L. (1973): SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale, preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1), 13-27.
- Derogatis, L., Rickels, K. y Rock, A. (1976): The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derogatis, L.R., Yevzeroff, H. y Wittelsberger, B. (1975): Social class, psychological disorder, and the nature of the psychopathologic indicator. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 183-191.
- Derogatis, L. y Cleary, P. (1977): Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- Gulliksen, H. (1950): *Theory of mental tests*. New York: Wiley.
- Hsu, L. (1985): Efficiency of local versus standard MMPI norms: A comment. *Journal of Personality Assessment*, 49, 178-180.

- Marks, I. (1969): *Fear and phobias*. New York: Academic Press.
- Millon, T. (1998): *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Roth, M. (1959): The phobic-anxiety-depersonalization syndrome. *Proc. of the Roy. Soc. Med.*, 52, 587.
- Woodworth, R.S. (1918): *Personal data sheet*. Chicago: Stoelting.