

**EVALUACIÓN DE ADULTOS**

# **LSB-50. Evaluación de síntomas psicológicos**



**Dra. Estrella Ferreira García**  
**Dra. Caterina Calderón Garrido**

**Junio 2022**



**UNIVERSITAT DE  
BARCELONA**

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología.

Sección de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Materia: Evaluación de Adultos

Título: LSB-50. Evaluación de síntomas psicológicos.

Junio 2022

Cita del documento:

Ferreira, E. y Calderón, C. (2022). *Evaluación de Adultos: LSB-50. Evaluación de síntomas psicológicos*. [Documento docente]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd):  
no se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de  
obras derivadas.

# ÍNDICE

<b>LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS .....</b>	<b>3</b>
Concepto de síntoma psicológico .....	3
Los listados de síntomas.....	5
<b>LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE .....</b>	<b>7</b>
Ficha técnica.....	7
Descripción general .....	8
Corrección .....	12
Interpretación.....	14
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>18</b>

# LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

## 1. CONCEPTO DE SÍNTOMA PSICOLÓGICO

Según la Real Academia Española la definición de síntoma es 'manifestación reveladora de una enfermedad' o 'señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder'.

En medicina el término se concreta considerándose síntoma, por un lado, 'al dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente', y por otro, 'a cualquier fenómeno anormal funcional o sensitivo, percibido por el enfermo, indicativo de enfermedad'.

En psicología, se entiende que los síntomas son informaciones subjetivas, relativas a experiencias recordada que incluyen fenómenos no siempre observables (por ejemplo, estados de ánimo, experiencias cognitivas, percepciones, actitudes, recuerdos, etc.) y pertenecientes al mundo privado, con lo cual pueden calificarse según Belloch, Sandín y Ramos (2008) de escurridizos, menos fiables y con muchas complejidades filosóficas y metodológicas.

Siguiendo en esta línea y teniendo en cuenta la diversidad de fenómenos anormales funcionales o sensitivos, los síntomas pueden clasificarse por tipologías, teniendo síntomas perceptivos, de la forma o el contenido del pensamiento, de la conciencia, de la atención, la memoria y el reconocimiento, del lenguaje, psicomotrices y afectivos.

Los **síntomas perceptivos**, son aquellos en los que el sujeto percibe algo que no existe en el mundo exterior o no percibe algo que sí se encuentra,

por lo que dentro de esta categoría podríamos encontrar las distorsiones perceptivas y las agnosias (dificultad para reconocer a través de los sentidos los estímulos que se nos presentan, a pesar de que nuestros sentidos actúen correctamente).

Los **síntomas de la forma del pensamiento** hacen referencia a la forma del pensamiento, es decir, a la manera en que razonamos, que se hace evidente a través del lenguaje. Por lo tanto, dentro de esta categoría podríamos encontrar las aceleraciones y/o incapacidad de seguir una línea de pensamiento, la falta de lógica y coherencia, etc.

Los **síntomas del contenido del pensamiento** se basan en las creencias fijas, intensas, alejadas de la realidad e inflexibles que provocan una gran angustia o dificultad en la vida del individuo, siendo la conducta de este, un indicador de la presencia de un problema. En esta categoría encontramos los delirios, y las ideas obsesivas y/o sobrevaloradas.

Los **síntomas de la conciencia** son aquellos relacionados con la disminución de su nivel (como es el estupor o el estado de coma), la disociación entre cognición y conducta como fruto del estrechamiento de la conciencia (como el trastorno de personalidad múltiple), la inclusión de elementos extraños en la conciencia que derivan en confusión y delirium, o incluso el exceso de conciencia que puede llevar al uso y abuso de sustancias.

Los **síntomas de la atención** se basan en las capacidades de focalización, dirección, sustento y retirada de la atención. Encontrando en esta categoría tanto la incapacidad, dificultad o exceso de atención para concentrarse, dirigir la atención, seleccionar los estímulos a los que dirigirla, o la capacidad de reacción ante posibles estímulos.

Los **síntomas de la memoria y el reconocimiento** nos indican por ejemplo la dificultad para recordar hechos del pasado (amnesia anterógrada), para codificar y almacenar información nueva (amnesia retrógrada), para realizar elaboraciones mentales que se extraen de los recuerdos (confabulación) o la capacidad extrema para recordar acontecimiento o estímulos (hipermnesia).

Los **síntomas del lenguaje** se basan en las alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, considerando por tanto como síntomas la entonación, el ritmo, la expresión o la comprensión.

Los **síntomas psicomotrices** se centran en la incapacidad o dificultad en el movimiento, la emoción de patrones estereotipados de movimientos involuntarios o el exceso de movimiento o agitación motora.

Finalmente, los **síntomas afectivos** son los que más influyen en el bienestar subjetivo de la persona, y los que más presencia tienen en psicopatología. Se incluyen dentro de esta categoría la alegría o tristeza excesivas, la ansiedad, la impulsividad, la descontextualización, la indiferencia, la ausencia de emoción, la incapacidad de expresión, la rigidez, la variabilidad excesiva, etc.

Es por ello, por lo que en salud mental y de forma específica en el área de la psicopatología, la medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos es indispensable, pues:

**'La valoración de los síntomas proporciona información esencial para varios fines. Por una parte, permite la detección de individuos con riesgo psicopatológico o que padecen alteraciones psíquicas y psicosomáticas. Conceptualmente ayuda a organizar y a sistematizar alteraciones psicopatológicas en dimensiones sintomáticas; operativamente ayuda a valorar el cambio producido tras intervenciones psicoterapéuticas, así como a detectar e identificar síntomas psicológicos y psicosomáticos en individuos con enfermedades médicas, algo importante por su valor pronóstico en el tratamiento de la enfermedad'**

*Abuín y Rivera, 2014*

## **2. LOS LISTADOS DE SÍNTOMAS**

La evaluación de síntomas psicológicos y psicosomáticos en las ciencias de la salud en general, y en particular en psicopatología, es fundamental para el psicólogo/a. La evaluación de los síntomas proporciona información esencial para cinco objetivos. Por una parte, permite la **detectar e identificar síntomas psicológicos y psicosomáticos en individuos con riesgo psicopatológico o enfermedades médicas**, dos) ayuda a **organizar y a sistematizar alteraciones psicopatológicas en dimensiones sintomáticas**; tres) ayuda a **valorar el cambio producido**

**tras intervenciones psicológicas,** cuatro) ayuda a realizar una **valoración pronóstica en el tratamiento** de la enfermedad. Finalmente, la evaluación psicopatológica es esencial en el **diseño de la intervención de los trastornos mentales, y para identificar factores de protección o de riesgo.**

La evaluación de los síntomas psicológicos y psicosomáticos es uno de los recursos más valiosos para el psicólogo. La entrevista individual recoge información de síntomas referidos por los pacientes, junto con los signos observados por el propio profesional. Sin embargo, tiene algunas desventajas como la capacidad de introspección de la entrevista, el sesgo en la observación, el tiempo y el costo de dicho procedimiento.

Es necesario la utilización de métodos más rápidos y económicos para recoger una amplia cantidad de información. Los cuestionarios y escalas de evaluación sintomática autoadministrada cumplen estos requisitos, son rápidas y más económicas que la entrevista, sin perder demasiada precisión, si están bien diseñadas.

Las medidas de detección de psicopatología suelen ser escalas Likert de autoinforme que preguntan a los encuestados sobre una amplia gama de síntomas psicológicos.

La medida de detección de psicopatología utilizada con más frecuencia es la versión revisada de la Lista de verificación de síntomas 90 (SCL-90-R; (Derogatis, 1994), y sus posteriores versiones más abreviadas (Derogatis, 2001). El SCL-90-R ha sido cuestionada por la redacción de los ítems, el tipo de síntomas evaluados, su extensión o falta de evidencia factorial.

De Rivera y Abuín (2012) desarrollaron en España el Listado de Síntomas Breve (LSB-50), que intenta superar algunos de los defectos del SCL-90-R. Y para ello, eliminaron escalas como la de psicoticismo o la de ideación paranoide, ya que son síntomas poco frecuentes y difíciles de comprender en la población general, e incorporaron nuevas escalas como la evaluación de los trastornos del sueño.

# LISTADO DE SÍNTOMAS BREVE. LSB-50

## 1. FICHA TÉCNICA

**Nombre:** LSB-50. Listado de Síntomas Breve.

**Autores:** Luis de Rivera y Manuel R. Abuín.

**Procedencia:** TEA Ediciones, 2012, 2018.

**Aplicación:** Individual y colectiva.

**Ámbito de aplicación:** Adultos.

**Duración:** Variable, aproximadamente entre 5 y 10 minutos.

**Finalidad:** Identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicosomáticos.

**Baremación:** Baremos en percentiles de muestra de población general (varios países), muestra odontológica y muestra clínica psicopatológica, para varones y mujeres.

**Material:** Manual y claves de acceso (PIN) para la corrección mediante Internet.



## 2. DESCRIPCIÓN GENERAL

### 2.1. COMPOSICIÓN

El LSB-50 está compuesto por 50 ítems, cada uno de ellos correspondiente a un síntoma psicológico o psicosomático.

Los 50 ítems aparecen en un listado, en el que el sujeto debe responder en qué medida ha sentido o experimentado las afirmaciones expuestas en cada ítem, en las últimas semanas, en una escala Likert de 5 puntos ('si no ha tenido esta molestia en absoluto', 'si ha tenido esta molestia un poco presente', 'si ha tenido esta molestia moderadamente', 'si ha tenido esta molestia bastante', o 'si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente').

Estos ítems se dividen en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas, y un índice de riesgo psicopatológico.

#### Escalas de validez

##### **Min. Minimización**

Indica si el evaluado está minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece.

Percentiles superiores a 95 nos informan de que el sujeto muestra una imagen excesivamente favorable de sí mismo y evita admitir alguno de los síntomas comunes y frecuentes en la población general.

##### **Mag. Magnificación**

Indica si el evaluado está magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad síntomas relativamente poco presentes incluso en la población clínica patológica.

Percentiles superiores a 95 nos indican la posibilidad de que el sujeto haya exagerado sus síntomas provocando un sesgo en sus puntuaciones. Puntuaciones elevadas también pueden reflejar: trastorno psicopatológico grave, demanda de ayuda por parte del sujeto, o de dramatización por parte de este.

## Índices generales

### **GLOBAL. Índice global de severidad**

Indica el grado de afectación global psicopatológica del evaluado. Medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático.

### **NUM. Número de síntomas presentes**

Indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad), siendo una medida de la amplitud de los síntomas y de la extensión de las manifestaciones psicopatológicas.

### **INT. Índice de intensidad de síntomas presentes**

Señala la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Es una medida más pura que GLOBAL ya que indica específicamente la intensidad de los síntomas, no de su conjunto.

## Escalas y subescalas clínicas

### **Pr. Psicorreactividad**

Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación con la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.

### **Hp. Hipersensibilidad**

Explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.

### **Ob. Obsesión-Compulsión**

Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente, así como la existencia de rituales o compulsiones.

### **An. Ansiedad**

Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional.

### **Hs. Hostilidad**

Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.

### **Sm. Somatización**

Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Es útil para el cribado de trastornos somatomorfos y de ansiedad somática.

### **De. Depresión**

Evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa.

### **Su. Alteraciones del sueño**

Explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud y del bienestar.

### **Su-a. Alteraciones del sueño - ampliada**

Evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño.

Esta escala permite distinguir, en comparación con Su, entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansioso-depresivos.

## Índice de riesgo psicopatológico

### **IRPsi. Índice de riesgo psicopatológico**

Explora la presencia de síntomas cuya probabilidad de aparición e intensidad es baja en la población general no clínica y, por el contrario, alta en población clínica. Esta escala resulta predictiva para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología.

## **2.2. APLICACIÓN**

El LSB-50 es un cuestionario auto-aplicado, en el que se le suministra el test al sujeto o sujetos, y tras leer las instrucciones de la prueba y aclarado las posibles dudas, se pide que responda de forma autónoma todas las preguntas.

Es importante que el evaluador se mantenga en la sala sin intervenir, por un lado, para poder resolver las posibles dudas que tenga el sujeto evaluar, y por el otro, para así dejar espacio para que el sujeto responda tranquilamente, sin sentirse juzgado.

Al ser una prueba breve, si vemos que el paciente se retrasa en la entrega de la prueba deberemos registrarlo como dato cualitativo, pues este retraso puede estar relacionado con la necesidad de seguridad propia de los estados o rasgos obsesivos.

Tras la aplicación es recomendable por un lado observar si hay algún ítem sin responder o si hay dos respuestas en mismo ítem, para solicitar al evaluado que revise dichos ítems, y por otro lado si algún ítem indica malestar de máxima intensidad para poder tratarlo de forma inmediata durante la entrevista.

## 3. CORRECCIÓN

### 3.1. TEORÍA: ¿CÓMO SE CORREGI EL LSB-50?

El LSB-50 puede corregirse de forma automática a través de la plataforma de corrección por internet de TEA Ediciones, utilizando un PIN de corrección, o de forma manual con ejemplar auto-correctible, en el que las respuestas del sujeto a los ítems de la prueba se copian en la página de corrección situada bajo el propio ejemplar. Para su corrección es necesario separar la primera copia de la hoja y seguir las instrucciones indicadas.

En primer lugar, se obtienen las **puntuaciones directas (PD)** de las 12 escalas, a partir del sumatorio de las respuestas dadas (0, 1, 2, 3 o 4) en todos los ítems que componen cada escala, y su posterior división por el número total de ítems que componen la escala (por ejemplo, si la escala Sueño está compuesta por 3 ítems, y el sumatorio total de las respuestas es 12, la PD de esta escala sería  $4 (12 \div 3 = 4)$ ).

A continuación, se deberán obtener los **percentiles (PC)** y para ello, en primer lugar, se deberá escoger el baremo a utilizar de acuerdo con el género (varones o mujeres) y la población de referencia (general o clínica) del sujeto evaluado. La elección del baremo a emplear dependerá del profesional teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Si no hay sospecha de presencia de psicopatología o la evaluación se realiza a población general, entonces se utilizará el baremo de población general.
- Si la consulta es clínica o se sospecha de presencia de psicopatología, se utilizará el baremo de población clínica psicopatológica.
- En el caso de que el profesional tenga dudas entonces deberá corregir con los baremos de población general y si el percentil en IRPsi, GLOBAL, o en al menos escalas es igual o mayor de 97 entonces deberá utilizar los baremos clínicos.

Una vez se tiene el baremo a utilizar, se busca en la columna de cada escala el valor en puntuaciones directas obtenidas, y en los extremos izquierdo y derecho de la fila donde se encuentre el valor más aproximado al obtenido en la escala, se encontrará el percentil.

Finalmente, deberá representar el perfil del sujeto evaluado, a partir de las puntuaciones percentiles de las escalas, obteniendo cuatro gráficos (escalas de validez, índices generales, escalas clínicas y IRPsi).

### 3.2. PRÁCTICA: CORRECCIÓN CASO CLÍNICO LSB-50

A continuación, realizaremos en el aula la corrección del caso de Cristina, para aplicar la teoría expuesta en este apartado.

Una vez dispongas del ejemplar cumplimentado del LSB-50, para la realización de la práctica, deberás corregir el caso expuesto y responder a las preguntas de la *Actividad 1*.

#### ACTIVIDAD 1. CORRECCIÓN DEL CASO 'CRISTINA'

1. Compara las PD de las escalas que has obtenido con las que se encuentran en el siguiente cuadro. Encuentra las puntuaciones erróneas en este documento y sustitúyelas por las puntuaciones correctas.

	PD
Min	0,63
Mag	0,25
Pr	0,46
Hp	0
Ob	1,19
An	0,22
Hs	0,5

	PD
Sm	0,88
Do	0,1
Su	0,76
Su-a	0,22
IRPsi	0,16
GLOBAL	0,36
INT	1,2

2. ¿Cuál de las dos columnas/opciones se corresponde con los valores PC de Cristina? Y como curiosidad, ¿podrías decir a qué corresponden las puntuaciones de la opción incorrecta?

#### Opción A

	PC		PC
Min	75	Sm	45
Mag	15	Do	15
Pr	70	Su	20
Hp	25	Su-a	10
Ob	90	IRPsi	60
An	55	GLOBAL	35
Hs	70	INT	55

#### Opción B

	PC		PC
Min	60	Sm	25
Mag	30	Do	5
Pr	30	Su	10
Hp	5	Su-a	3
Ob	55	IRPsi	25
An	20	GLOBAL	5
Hs	40	INT	35

### 3. Responde a las siguientes preguntas:

- ¿Bajo qué supuesto es recomendable el análisis del caso en el proceso de corrección? Justifica tu respuesta.
- Para la obtención de las PD, ¿qué procesos se deben llevar a cabo?
- ¿Qué baremos has utilizado para la corrección del caso? Justifica tu respuesta.

## 4. INTERPRETACIÓN

### 4.1. TEORÍA: ¿CÓMO SE INTERPRETA EL LSB-50?

La interpretación del LSB-50 se inicia con las escalas de validez, y continúa con un análisis a tres niveles, el nivel general, el nivel dimensional y el nivel de cada síntoma en concreto. De este modo se inicia la interpretación partiendo de la frecuencia e intensidad global de los síntomas experimentados, pasando a continuación a la topografía del caso mediante las dimensiones o escalas clínicas, y finalizando con el análisis de la presencia concreta de determinados síntomas de interés clínico según el caso.

Las **escalas de validez** permiten detectar los patrones de respuesta de disimulación (minimización) o simulación (magnificación). Cada escala está compuesta por 8 ítems cuya frecuencia de respuesta es muy elevada en población general, en el caso de la minimización, o cuya frecuencia de respuesta es muy baja tanto en población general como en patológica, en el caso de la magnificación. De este modo, si una persona responde negativamente a los ítems de alta frecuencia denota minimización, mientras que si responde positivamente a los ítems de baja frecuencia indicaría magnificación.

Tras conocer la validez en la respuesta a la prueba, se procede al análisis del primer nivel: los **índices generales**. Se recomienda comenzar por el índice global de severidad, por ser el indicador más sensible del nivel general de malestar o sufrimiento psicológico y, a continuación, se interpretan el índice de síntomas presentes y el de intensidad de los síntomas presentes, permitiendo el primero conocer la extensión de la sintomatología y el segundo la intensidad de esta.

En un segundo nivel se encuentran las nueve **escalas clínicas**, que con su interpretación permiten conocer el perfil psicopatológico del sujeto o cómo el sujeto expresa su sufrimiento psíquico, y el índice de riesgo psicopatológico, que permite orientar al evaluador sobre la posible pertenencia del sujeto a la población clínica o general.

Finalmente, se analizan los **síntomas individuales** para conocer las singularidades de cada caso, y para ello se analizarán cualitativamente los ítems con puntuación máxima (4). En este punto también se recomienda valorar la frecuencia e intensidad de los síntomas, pues baja frecuencia e intensidad se relacionan con ocultación de sintomatología, mientras que alta frecuencia e intensidad se relaciona con simulación por presentar sintomatología extrema.

Los percentiles nos proporcionan información sobre la posición relativa de un sujeto con respecto a un grupo de 100 personas. Y los percentiles que corresponden a  $\pm 1$  desviación estándar de la curva normal son 84 y 16 respectivamente, por lo que puntuaciones iguales o superiores a 84 o iguales o inferiores a 16 indican desviaciones importantes de la media.

**Tabla 2.** *Equivalencia entre percentiles y la descripción cualitativa.*

<b>PC</b>	<b>Descripción</b>
<b><math>\geq 97</math></b>	Considerablemente por encima del promedio
<b>85-96</b>	Por encima del promedio
<b>16-84</b>	Promedio
<b>4-15</b>	Por debajo del promedio
<b><math>\leq 3</math></b>	Considerablemente por debajo del promedio

#### **4.2. PRÁCTICA: INTERPRETACIÓN CASO CLÍNICO LSB-50**

A continuación, en el aula procederemos a la interpretación del caso corregido en el apartado anterior (3.2), y así poder aplicar la teoría expuesta en este apartado. Y para hacerlo, te recomendamos que lo hagas siguiendo las indicaciones de la *Actividad 2*.



## ACTIVIDAD 2. INTERPRETACIÓN DEL CASO 'CRISTINA'

**1. Analiza el contexto del caso y enumera la información proporcionada sobre el paciente, su motivo de consulta y su situación actual (en caso de disponer de dicha información).**

**2. Interpreta los estilos de respuesta.**

**3. Realiza la interpretación de los 3 niveles, recuerda que incluye los índices generales, las escalas clínicas y los síntomas concretos, y que su interpretación debe realizarse tanto de forma cuantitativa como cualitativa.**

**4. Conclusión de la interpretación y recomendaciones.**

Te recomendamos que des respuesta a las siguientes preguntas para cumplimentar este apartado:

- ¿Cuál es el grado de severidad? ¿Qué relación existe entre el número de síntomas y la intensidad de dichos síntomas?
- ¿Qué elevaciones se muestran en su perfil?
- ¿Crees que el paciente presenta riesgo psicopatológico? Justifica tu respuesta.
- ¿Qué pronóstico, en cuanto a su salud mental se refiere, crees que tiene a corto y largo plazo?

# RECOMENDACIONES

A continuación, se enumeran los aspectos clave para optimizar la pasación, la corrección y la interpretación de la sintomatología patológica:

## Pasación

- *Tener en cuenta los criterios temporales de la prueba.*

## Corrección

- *Seguir los pasos indicados en el manual teniendo en cuenta, que al obtener el TOT, solo se han de sumar las escalas señaladas de psicoreactividad (Pr), ansiedad (An), hostilidad (Hs), somatización (Sm), depresión (De) y alteraciones del sueño (Su). No se incluyen en esta suma hipersensibilidad (Hp) y obsesión-compulsión (Ob) por considerarse subescalas de psicoreactividad (Pr), ni tampoco las alteraciones del sueño ampliadas (Su-a), porque cursan con ansiedad (An) y depresión (De).*
- *Escoger los baremos por tipo de población y género, y hacer correctamente el perfil.*

## Interpretación

- *Puntuaciones iguales o superiores a 84, o iguales o inferiores a 16 indican desviaciones importantes de la media.*
- *1º interpretar la validez, teniendo en cuenta que la minimización puede deberse a la deseabilidad social manifiesta como medio para la obtención de un puesto de trabajo o como evidencia de la*

*dificultad de introspección del paciente, etc.; así como teniendo presente que la magnificación puede evidenciar la obtención de beneficios secundarios, como pueden ser una mayor atención del profesional o del servicio de salud para solicitar una baja, un informe más desfavorable ante un tribunal médico, etc.*

- *2º relacionar el malestar psicológico global, el número de síntomas, y la intensidad de estos síntomas.*
- *3º interpretar el índice de riesgo, y los síntomas poco frecuentes indicativos de trastorno mental grave, porque son síntomas frecuentes en población clínica.*
- *4º interpretar las escalas clínicas.*
- *Finalmente incluir una valoración general y las recomendaciones clínicas.*

# REFERENCIAS

- Abuín, M, y De Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud* 25(2), 131-141.
- Baños, R. Y Perpoña, C. (2002). *Exploración Psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos F. (2008). *Manual de psicopatología*. Ed. Rev. Madrid: McGraw-Hill
- De Rivera, L., y Abuín, M. (2012). *LSB-50 Listado de Síntomas Breves: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist-90-revised (SCL-90-R): Administration, scoring and procedures (3er ed.)*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.