

Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas Globales Online (ESGO) Psychometric properties of the online global symptoms scale (ESGO)

*María Durao*¹, ORCID 0000-0002-1860-4780
*Joaquín Ungaretti*², ORCID 0000-0003-1185-9139
*Gabriel Genise*³, ORCID 0000-0002-6411-4141
*Edgardo Etchezahar*⁴, ORCID 0000-0002-3289-194X

¹³ Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad de Flores. Argentina

²⁴ CONICET. Argentina

²⁴ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

²⁴ Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Argentina

Resumen: A partir del desarrollo de nuevas tecnologías en el campo de la psicoterapia surge la necesidad de contar con pruebas válidas y confiables que permitan indagar la presencia de sintomatología desde el formato on-line. El objetivo del trabajo fue desarrollar una escala que permita evaluar sintomatología de ansiedad, depresión, relaciones interpersonales y psicoticismo. Participaron 550 adultos, quienes respondieron a un cuestionario on-line que incluía cuatro dimensiones (ansiedad, depresión, relaciones interpersonales, psicoticismo). Para analizar la validez externa se utilizó la prueba OQ-45 y SA-45. Se observó una consistencia interna y validez de constructo adecuadas para las cuatro dimensiones evaluadas. Asimismo, en su validez externa se hallaron relaciones significativas con el OQ-45 y SA-45. La prueba construida resulta adecuada para la evaluación de síntomas, siendo una herramienta válida para su uso psicoterapéutico. No obstante, es necesario continuar analizando sus propiedades psicométricas en pacientes con los diagnósticos indagados.

Palabras clave: psicometría, depresión, ansiedad, relaciones interpersonales, psicoticismo, síntomas globales

Abstract: With the development of new technologies in the field of psychotherapy comes the need for valid and reliable tests that allow us to research the presence of symptoms in an online format. The aim of the following paper was to develop a scale to be used in the virtual format, which allows us to measure symptomatology for anxiety, depression, interpersonal relationships and psychoticism. 550 adults participated, who answered an online questionnaire that included four dimensions (anxiety, depression, interpersonal relationships, psychoticism). Results shows an adequate internal consistency and construct validity for the four dimensions tested. Also, for the external validity significant relationships were found whit the OQ-45 and SA-45. The test we constructed seems to be a valid tool for psychotherapeutic use. However, it is necessary to continue analyzing its psychometrics, taking into account patients who have the specific diagnoses evaluated by the test.

Key words: psychometry, depression, anxiety, interpersonal relations, psychoticism, global symptoms

Recibido: 20/02/2018 Revisado: 05/06/2018 Aceptado: 06/02/2019

Cómo citar este artículo:

Durao, M., Ungaretti, J., Genise, G., & Etchezahar, E. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas Globales Online (ESGO). *Ciencias Psicoólicas* 13(1), 95-105. doi: 10.22235/cp.v13i1.1812

Correspondencia: María Durao, Ada Elflein 2781. CP 1643. Provincia de Buenos Aires, Argentina. Email marian.durao@gmail.com. Joaquín Ungaretti, Gral. Juan Lavalle 2353, C1052AAA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Email jungaretti@psi.uba.ar. Gabriel Genise, Severo García G. de Zequeira 6880, CABA. Email genisegp@gmail.com. Edgardo Etchezahar, Tte. Gral. Juan Domingo Perón 2158, C1040AAH. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Email edgaroetchezahar@psi.uba.ar

Introducción

La salud mental en términos globales atraviesa una crisis significativa respecto de años anteriores, reflejada en tasas de prevalencia que no dejan de crecer (World Health Organization, 2015). En este sentido, los datos en relación a la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales resultan verdaderamente alarmantes (Baxter et al., 2014). Por tales motivos, la psicoterapia, junto con otras prácticas como la meditación y la religión, se muestran como una propuesta para afrontar esta situación que se ha expandido en los últimos treinta años a gran escala (Weissman & Cuijpers, 2017). Es así que, durante el último siglo, el mundo ha sido testigo de un incremento considerable en su consumo para la búsqueda del alivio sintomático como así también en la vastedad de oferta (Fernández Álvarez, Gómez & García, 2013).

En relación a la psicoterapia, como el tratamiento más ampliamente consumido por personas que padecen trastornos emocionales a nivel mundial, Olfson y Pincus (1994) encontraron que el 80% de las consultas ambulatorias dispensadas en los Estados Unidos por profesionales de la salud mental incluían una intervención psicoterapéutica. En esta línea, investigaciones más actuales sostienen que las cifras aún continúan siendo similares (Mojtabai & Olfson, 2010).

De acuerdo a lo expuesto, el seguimiento de los estados psicológicos de un consultante que se encuentra en tratamiento, resulta uno de los temas más importantes y complejos en un proceso de psicoterapia (Feltham, Hanley, & Winter, 2017). Por ello, y atendiendo a los desafíos que se han planteado en torno a la validez de la evaluación de la psicoterapia, se ha hecho énfasis en la consideración de las múltiples variables que influyen en este proceso, en el desarrollo de criterios operacionales medibles y en disponer de una muestra de pacientes que permitan obtener resultados significativos (Valdivieso, 1994). En este sentido, pese a sus importantes sesgos a la hora de la evaluación de un paciente, la observación clínica ha sido una de las técnicas

más utilizada en el marco de la psicoterapia junto con los test psicológicos, que pueden resultar herramientas muy útiles para detectar cambios psíquicos en los pacientes durante el inicio o el proceso de un tratamiento (Richards & Bergin, 2014). Éstos últimos, aportan la ventaja de la estandarización, así como la disminución del sesgo y la recolección de información a través de un método diferente (Kline, 2013).

Recibir feedback por parte de los pacientes durante el tratamiento psicoterapéutico es un proceso real, pero sesgado y distorsionado debido a los heurísticos cognitivos y los esquemas del propio terapeuta (Blumenthal-Barby & Krieger, 2015). Por ello, tal y como ha sido sostenido por diversos investigadores del proceso psicoterapéutico (Gelo, & Manzo, 2015; Hardy, & Llewelyn, 2015), el feedback informal que recibe el terapeuta necesita ser complementado por un sistema de evaluación estandarizado que sea fiable. Este aspecto resulta en la medición de la calidad de la psicoterapia, como así también en el desarrollo profesional del terapeuta (Kelley & Bickman, 2009).

La evaluación de los cambios individuales ocurridos durante un proceso psicoterapéutico, ha sido un tema significativo en la investigación en psicoterapia (Gelo & Salvatore, 2016). En este sentido, distintos métodos fueron desarrollados a lo largo de los años tales como las escalas de logro, en las cuales los pacientes eran evaluados al finalizar la sesión. Sin embargo, en relación a la inclusión de evaluación en psicoterapia, era poco usual que estas evaluaciones tuvieran lugar fuera del ámbito de los terapeutas de la conducta. De acuerdo con Lambert (2013), procedimientos de evaluación durante el curso de un tratamiento psicoterapéutico podrían facilitar la reducción sintomática durante el mismo. De esta manera, no solamente se lograría el objetivo planteado, sino también favorecería a aquellos pacientes que observan una mejoría constante, el vínculo positivo con el terapeuta y el proceso de psicoterapia. Además, la posibilidad de evaluar continuamente el proceso terapéutico,

ofrecería a los profesionales de la salud mental una herramienta clave para considerar el proceso del paciente como así también implementar los cambios que considere pertinentes en vistas a la efectividad del tratamiento que se reflejaría en el alivio sintomático del consultante (Levendosky & Hopwood, 2017).

Muchas de las técnicas actuales (e.g. SCL-90, OQ-45, SA-45), indagan síntomas de ansiedad, depresión, relaciones interpersonales, psicoticismo, entre otros, los cuales permiten realizar un primer screening general del consultante (Lara Muñoz, Espinosa de Santillana, Cárdenas, Fócil, & Cavazos, 2005). En esta línea, uno de los cuestionarios de autoinforme multidimensionales más utilizados para la evaluación general de los síntomas de salud mental es la SCL-90 (Derogatis, & Cleary, 1977). Dicha evaluación ha sido diseñada con el objetivo de autoevaluar dimensiones de psicopatología, tanto de pacientes psiquiátricos como de población general. Si bien estos instrumentos parecen prometedores para evaluar el estado de salud mental de pacientes graves debido a que contienen escalas específicas para medir los síntomas psicóticos y esquizotípicos, como la escala de psicoticismo o ideación paranoica, su validez aún no se ha confirmado. Por ejemplo, Wood (1982) no encontró pruebas de que los pacientes con esquizofrenia obtuvieran puntajes más altos en la escala de psicoticismo que los pacientes sin esquizofrenia. Por su parte, Johnson, Chipp, Brems, y Neal (2008), no encontraron diferencias en las escalas de ideación paranoide y psicoticismo entre pacientes diagnosticados con esquizofrenia o sin ésta. Con el objetivo de superar estas limitaciones, años más tarde Davison et al. (1997) desarrollaron el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45). El objetivo de ésta versión fue, manteniendo las mismas dimensiones del SCL-90, reducir la extensión del cuestionario a la mitad y garantizar que todas las dimensiones tengan la misma cantidad de ítems para obtener mejores indicadores psicométricos evitando solapamientos.

Otro instrumento para evaluar sintomatología en salud mental es el Outcome Questionnaire - 45 (OQ-45) (Lambert et al., 1996). Es un autoinforme creado para pacientes que se encuentran en psicoterapia y conformado por tres subescalas: síntomas generales, relaciones interpersonales, y una subescala de rol social, que mide adecuación al trabajo, estudio y tiempo libre. El OQ-45 permite evaluar el progreso del paciente en tratamiento terapéutico, diseñado para aplicarse durante el proceso de la terapia y al finalizar la misma. Es una escala breve que ha demostrado buenas propiedades psicométricas en términos de confiabilidad y validez, aplicable a poblaciones muy variadas (Doerfler, Addis, & Moran, 2002). Si bien este instrumento no se utiliza para establecer diagnósticos, su diseño apunta a la toma de decisiones (Von Berger & De la Parra, 2002).

A partir del desarrollo de nuevas tecnologías en el campo de la psicoterapia surge la necesidad de contar con pruebas válidas y confiables que permitan indagar la presencia de sintomatología desde el formato on-line (Clough, & Casey, 2015; Titov et al., 2015). Por más de tres décadas se han realizado estudios comparativos entre evaluaciones psicométricas mediante formato on-line y cara a cara, evidenciando que las primeras se consideran tan precisas y confiables como las segundas (Lexcen, Hawk, Herrick, & Blank, 2006; Vallejo, Jordán, Díaz, Comeche & Ortega, 2007). Además, se ha observado que las evaluaciones online referidas a aspectos clínicos, permiten una adecuada discriminación diagnóstica, con bajos porcentajes de falsos positivos (Hyler, Gangure & Batchelder, 2005).

En este marco y debido a la escasez de instrumentos psicométricos de libre acceso y con adecuadas propiedades psicométricas, el objetivo del presente estudio es el desarrollo de la Escala de Síntomas Globales Online (ESGO) que permita estudiar cuatro dimensiones: depresión, ansiedad, psicoticismo y relaciones interpersonales. Un instrumento de autoinforme cuya finalidad es convertirse en un recurso psicológico para recolectar información sobre estados internos

del individuo que inicia un tratamiento o para el profesional que necesita evaluar los cambios durante el proceso psicoterapéutico.

Método

Participantes

Los participantes se seleccionaron por medio de un muestreo no probabilístico, intencional. Participaron del estudio un total de 550 adultos pertenecientes a la población general, no clínica, residentes de la ciudad autónoma de Buenos Aires, con edades comprendidas entre los 14 y 73 años de edad ($M = 36,6$; $DT = 13,08$) y de ambos sexos. Del total de los participantes, un 17,46% se autoperforó en un nivel socio-económico medio-alto, un 64,72% en nivel medio, mientras que un 17,82% en nivel bajo. Además, del total de los participantes un 24,91% indicó haber realizado o estar realizando tratamiento psicológico, mientras que el 75,09% refirió no haber atravesado nunca una instancia de tratamiento psicológico.

Técnicas de recolección de datos

- *Escala de Síntomas Globales Online (ESGO)*: Para evaluar el constructo se procedió a realizar la construcción y validación de la ESGO, compuesta en su versión definitiva por 20 ítems que permiten dar cuenta de cuatro dimensiones que hacen a la evaluación global de la sintomatología que presentan los individuos. Cada una de las dimensiones que dan cuenta del constructo quedaron conformadas por una serie de cinco ítems, *Depresión* (e.g. “Muchas veces siento que mis problemas no tienen solución”; “Yo no disfruto tanto como solía hacerlo”), *Ansiedad* (e.g. “Por momentos siento miedo intenso y pienso que me voy a morir”; “Tengo sensaciones en mi cuerpo que los demás no logran comprender”), *Relaciones Interpersonales* (e.g. “Tiendo a estar pendiente de que me juzguen negativamente”; “A veces me siento inferior a mis pares o amigos”) y la quinta *Psicoticismo* (e.g. “A veces escucho

voces que otros no oyen”; “En ocasiones siento que una fuerza externa trata de controlarme”). Se propone denominarla como una escala de sintomatología global, ya que los diferentes ítems que se indagan, si bien fueron desarrollados para que representen a una dimensión específica, los mismos también pueden ser representativos de otras patologías. Asimismo, el término global permite dar cuenta de que el objetivo de la evaluación es aproximarse a la descripción de síntomas clínicos, pero de ninguna manera resulta en una presunción diagnóstica. La evaluación está dirigida a personas con edades desde los 14 años en adelante y de ambos sexos, siendo su ámbito de aplicación la Psicología Clínica y de la Salud. El formato de respuesta de la escala fue tipo Likert con cinco anclajes, que van desde $1 = \text{totalmente en desacuerdo}$ a $5 = \text{totalmente de acuerdo}$ (el mismo formato de respuesta fue utilizado para el resto de las escalas empleadas en este estudio).

- *SA-45 (Symptom Assessment-45)*: Se utilizó la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008), del instrumento original de Davison et al. (1997), compuesto por 45 ítems. Los participantes deben indicar en qué medida se han encontrado presentes cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre $1 = \text{nada en absoluto}$ y $5 = \text{mucho o extremadamente}$. El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que la SCL-90 obteniendo adecuados indicadores de consistencia interna: *somatización* ($\alpha = .80$), *obsesión-compulsión* ($\alpha = .72$), *sensibilidad interpersonal* ($\alpha = .84$), *depresión* ($\alpha = .85$), *ansiedad* ($\alpha = .84$), *hostilidad* ($\alpha = .83$), *ansiedad fóbica* ($\alpha = .71$), *ideación paranoide* ($\alpha = .71$), y *psicoticismo* ($\alpha = .63$).

- *OQ-45 (Outcome Questionnaire-45)*: Se utilizó una versión adaptada para el presente estudio de la versión original de Lambert et al. (1996). El cuestionario está compuesto por 45 ítems agrupados en tres dimensiones: *Síntomas de Distrés* (SD), *Relaciones Interpersonales* (IR) y *Roles Sociales* (SR), cuyas puntuaciones conforman un puntaje para el total de la escala. El instrumento ha demostrado una elevada consistencia interna para su uso con pacientes

en su versión original, tanto para el total de la escala ($\alpha = .93$), como para cada una de sus dimensiones ($SD = .91$; $IR = .74$; $SR = .71$). Sin embargo, para el presente estudio solo se tomaron en consideración las dimensiones de Síntomas de Distrés y de Relaciones Interpersonales con la finalidad de poder establecer relaciones con la ESGO.

- *Cuestionario de datos socio-demográficos:* Para recabar este tipo de información se indagó por el sexo, la edad, el nivel socio-económico auto-percibido y si ha estado o está actualmente bajo tratamiento psicológico.

Procedimiento

Para la construcción de la ESGO y su validación al contexto argentino, se tuvieron en cuenta los estándares metodológicos internacionales recomendados por la *International Test Commission (ITC)* para la creación de nuevos instrumentos de evaluación (Muñiz, Elosua, & Hambleton, 2013).

Los ítems iniciales fueron depurados hasta alcanzar una versión con 60 reactivos. Posteriormente, se sometió al criterio de jueces expertos. Luego del análisis de los jueces expertos, acerca de la pertenencia de cada ítem a la dimensión de correspondencia evaluados a través del estadístico Kappa de Cohen ($K = .73$), se realizó una prueba piloto de la versión preliminar de la ESGO con un grupo reducido para corroborar el grado de comprensión de los reactivos.

En una segunda fase, a partir de las recomendaciones de los jueces se reelaboraron los ítems.

Se solicitó a los participantes su consentimiento se les informó acerca del anonimato de las respuestas, la voluntariedad de su participación, el uso estrictamente académico-científico de la información recabada y se garantizó el resguardo de los datos personales proporcionados según lo estipulado en la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos que guiaron el desarrollo de este estudio se llevaron a cabo utilizando el software SPSS para Windows versión 19.0 (George & Mallery, 2010) y el programa EQS 6.1 (Bentler, 2007) para el desarrollo del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la estructura de la ESGO.

Además, se analizaron los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems que componen la versión definitiva de la escala (media, desviación típica, asimetría y curtosis). Posteriormente se realizaron dos análisis factoriales para dar cuenta de la Validez de Constructo de la evaluación, uno de tipo Exploratorio (AFE) y otro de tipo confirmatorio (AFC) utilizando, en este último caso, la estimación por máxima verosimilitud para probar el ajuste de los datos al modelo de cuatro dimensiones correlacionadas. Luego, se analizó la consistencia interna del instrumento mediante el estadístico alfa de Cronbach y, por último, con el objetivo de evaluar la validez de criterio, se evaluó la asociación entre la ESGO, la SA-45 y la OQ-45 a través del estadístico r de Pearson.

Resultados

En primer lugar, se analizaron los estadísticos descriptivos de la escala, contemplando la media, el desvío, la correlación ítem-total y el alfa si se elimina el elemento (ver tabla 1).

Como se puede observar en la tabla 1, todos los estadísticos descriptivos, así como los indicadores de consistencia interna ($.67 < \alpha < .83$), resultaron adecuados, a excepción de la distribución de los ítems de la dimensión Psicoticismo, lo cual resulta esperable debido a la baja proporción de este tipo de sintomatología en la población general.

A continuación, se realizó un análisis factorial confirmatorio para analizar la validez de constructo de la escala. Para tal fin se propuso un modelo de cuatro dimensiones correlacionadas el cual resultó adecuado ($\chi^2_{(164)} = 574,916$; $p < .001$; CFI = .91; AGFI = .90; RMSEA = .068 [.062 - .074]),

corroborando la validez de constructo de la escala. Posteriormente se analizaron las relaciones entre las dimensiones de la escala con otras variables afines incluidas en la SA-

45 y la OQ-45. Además, se estudiaron las relaciones entre todas las variables y la edad de los participantes (ver tabla 2).

Tabla 1

Análisis descriptivo de los ítems que conforman las dimensiones de la escala ESGO y confiabilidad para cada una de las dimensiones

Ítems por cada dimensión	M	DT	r _{ix}	$\alpha - i$	S	K
Depresión ($\alpha = .86$)						
1. Generalmente me siento triste	2.27	.96	.72	.83	.677	.132
2. Me siento desesperanzado	2.25	1.11	.71	.83	.607	-.469
3. Ya no disfruto tanto como solía hacerlo	2.25	1.19	.68	.84	.601	-.724
4. Muchas veces siento que mis problemas no tienen solución	2.04	1.12	.67	.84	.975	.191
5. Tiendo a ver el futuro de forma negativa	1.95	1.10	.67	.84	1.003	.076
Ansiedad ($\alpha = .77$)						
6. Por momentos siento miedo intenso y pienso que me voy a morir.	1.54	.99	.61	.72	1.915	2.094
7. Muchas veces siento que algo malo me va a pasar.	2.20	1.24	.56	.73	.790	-.473
8. Por momentos mi corazón late demasiado rápido.	1.93	1.09	.54	.74	1.008	.036
9. Tengo sensaciones en mi cuerpo que los demás no logran comprender.	1.59	1.03	.53	.74	1.760	2.191
10. Generalmente me siento nervioso o inquieto.	2.45	1.10	.52	.74	.460	-.583
Relaciones Interpersonales ($\alpha = .75$)						
11. Tiendo a estar pendiente de que me juzguen negativamente.	2.54	1.24	.64	.66	.460	-.761
12. Suelo no decir lo que pienso delante de personas que creo que me van a criticar.	2.34	1.20	.53	.71	.599	-.572
13. A veces me siento inferior a mis pares o amigos.	2.19	1.08	.57	.69	.690	-.272
14. En general creo que la gente piensa mal de mí.	1.79	.98	.51	.72	1.325	1.444
15. Muchas veces me es difícil expresar lo que siento.	2.44	1.19	.38	.76	.529	-.596
Psicoticismo ($\alpha = .67$)						
16. A veces escucho voces que otros no oyen.	1.12	.54	.52	.59	5.027	25.997
17. Tengo pensamientos que no son míos.	1.32	.75	.45	.60	2.680	7.398
18. En ocasiones siento que una fuerza externa trata de controlarme.	1.20	.63	.50	.59	3.552	13.219
19. Suelo ver cosas que los demás no ven.	1.60	1.06	.43	.66	1.802	2.314
20. Con frecuencia las personas me espían y quieren hacerme daño.	1.12	.44	.37	.65	4.721	27.757

Nota: (M) media, (DT) desviación típica, (r_{ix}) correlación ítem-total, ($\alpha - i$) alfa si se elimina el elemento, (S) asimetría y (K) curtosis.

Tabla 2

Correlaciones entre todas las variables y alfa de Cronbach para cada dimensión

Dimensiones	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Depresión	.86										
2. Ansiedad	.77	.64**									
3. Relaciones	.75	.60**	.45**								
4. Psicoticismo	.67	.34**	.46**	.33**							
5. SA-45 Psicoticismo	.65	.44**	.48**	.46**	.59**						
6. SA-45 Depresión	.89	.79**	.53**	.62**	.32**	.53**					
7. SA-45 Relaciones Interpersonales	.81	.63**	.48**	.70**	.36**	.53**	.76**				
8. SA-45 Ansiedad	.83	.64**	.76**	.47**	.40**	.52**	.64**	.62**			
9. OQ – Síntomas de Distrés	.88	.80**	.74**	.62**	.41**	.57**	.81**	.71**	.78**		
10. OQ – Relaciones Interpersonales	.79	-.65**	-.43**	-.54**	-.28**	-.42**	-.72**	-.66**	-.51**	-.68**	
11. Edad	-	-.16**	-.18**	-.29**	-.05	-.19**	-.17**	-.13**	-.15**	-.20**	.16**

Nota: Alpha de Cronbach en la primera columna; SA-45: *Symptom Assessment-45*; OQ45: *Outcome Questionnaire-45*. ** $p < .01$.

Como se puede observar en la tabla 2, las dimensiones de nuestra escala están relacionadas en mayor medida con las correspondientes a las escalas de la SA-45 y de la OQ-45 en todos los casos. Además, se observaron relaciones significativas pero bajas con la edad de los participantes, salvo para las relaciones interpersonales cuya fuerza fue un poco mayor.

Posteriormente, se analizaron los niveles de las cuatro dimensiones de la evaluación con respecto a haber realizado terapia y no haberlo hecho (ver tabla 3).

De acuerdo a los resultados que se presentan en la tabla 3, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones Depresión y Ansiedad, pero no con respecto a las Relaciones Intergrupales y el Psicoticismo.

Tabla 3

Diferencias según experiencia previa en psicoterapia en los niveles de Depresión, Ansiedad, Relaciones Interpersonales y Psicoticismo de la escala ESGO

Dimensiones	Si	No	t
Depresión	11.06 (4.60)	10.05 (3.98)	2.53**
Ansiedad	9.96 (4.23)	9.05 (3.18)	2.39**
Relaciones Intergrupales	11.42 (4.14)	11.07 (3.92)	.92
Psicoticismo	6.38 (2.48)	6.38 (2.09)	-.01

** $p < .01$.

Nota: Sí: Participantes del estudio que habían realizado algún tipo de psicoterapia; No: Participantes del estudio que nunca habían realizado una psicoterapia.

Discusión

Atendiendo a las necesidades identificadas por diferentes autores sobre la temática (Clough, & Casey, 2015; Titov et al., 2015), el objetivo de la presente investigación fue desarrollar una escala de síntomas globales online que permita evaluar sintomatología de ansiedad, depresión, relaciones interpersonales y psicoticismo.

En primer lugar, se llevaron a cabo los análisis de confiabilidad y validez de la ESGO. Al igual que en la mayoría de las evaluaciones clásicas consideradas para el análisis de la sintomatología psicopatológica (Davison et al., 1997; Derogatis & Cleary, 1977; Doerfler et al., 2002), se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas y se arribó a una estructura factorial compuesta por cuatro dimensiones: *depresión*, *ansiedad*, *relaciones* y *psicoticismo*. La consistencia interna para cada una de las dimensiones fue adecuada, siendo la más baja la de la sub-escala de psicoticismo ($\alpha = .67$). Las correlaciones de cada uno de los ítems con su factor fueron adecuadas, tomando como referencia los criterios de Hair, Black, Babin, Anderson y Tatham (2010). Estos resultados indican que, a diferencia de otras formas de evaluación de la sintomatología, la ESGO se presenta como una herramienta válida y confiable que permite discriminar adecuadamente diferentes dimensiones de síntomas.

En segundo lugar, se observó que el modelo de cuatro dimensiones correlacionadas de sintomatología indicó un adecuado ajuste a los datos de la muestra. Además, luego de analizar las asociaciones entre cada una de las dimensiones de la ESGO, se observó que las mismas son significativas entre cada una de ellas, aunque tal y como sugiere la literatura previa (Johnson et al., 2008; Wood, 1982), más bajas con psicoticismo.

Se observaron relaciones entre las diferentes dimensiones de la ESGO, tanto con las dimensiones comparables de la SA-45 como de la OQ-45. Por ejemplo, las relaciones más fuertes se observaron entre la dimensión *depresión* de la ESGO con la dimensión *depresión* de la SA-45 ($r = .79$) y con la

dimensión de *síntomas de distrés* de la OQ-45 ($r = .80$). En esta misma línea, se observó que las relaciones más fuertes de la dimensión *ansiedad* de la ESGO se dieron con la dimensión *ansiedad* de la SA-45 ($r = .76$) y con la dimensión de *síntomas de distrés* de la OQ-45 ($r = .74$). En lo que respecta a la dimensión *relaciones*, la ESGO presentó fuertes relaciones con la dimensión *relaciones interpersonales* de la SA-45 ($r = .70$), al igual que con la misma dimensión de la OQ-45 ($r = -.54$) (la relación es negativa ya que los ítems de la escala OQ-45 están invertidos en esta dimensión). Por último, la dimensión *psicoticismo* de la ESGO, se relacionó más fuertemente con sus correlatos en las otras dos evaluaciones, tanto con la dimensión *psicoticismo* de la SA-45 ($r = .59$), como con *síntomas de distrés* de la OQ-45 ($r = .41$). Por lo expuesto, se observa que los resultados obtenidos en el presente estudio, además de la validez de constructo, proporcionan evidencias a favor de la validez concurrente de la ESGO, al compararla con las dimensiones análogas presentes en dos instrumentos ampliamente utilizados en la literatura científica para la evaluación de la sintomatología.

En cuanto a la edad de los participantes, las relaciones fueron significativas pero bajas, excepto para las relaciones interpersonales, cuyo valor fue el mayor obtenido.

En las dimensiones Depresión y Ansiedad se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a haber tenido experiencia previa en psicoterapia, pero no con respecto a las Relaciones Intergrupales y el Psicoticismo. Es decir, aquellos sujetos con experiencia previa de psicoterapia, presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión que quienes no tuvieron experiencia previa.

El estudio realizado contribuye a la evaluación de la sintomatología mediante la creación de un instrumento en castellano, válido y confiable que además pueda ser utilizado de manera online y de acceso abierto (gratuito). Este trabajo se llevó a cabo solo con una muestra de población general, no clínica, debido a dicha limitación, se recomienda llevar a cabo estudios que consideren diferentes poblaciones para lograr una mayor

generalización y representatividad de los resultados, incluyendo sujetos con diferentes diagnósticos psicopatológicos. Por último, si bien existe amplia evidencia que las evaluaciones on-line y cara a cara son igualmente precisas y confiables (Lexcen et al., 2006; Vallejo et al., 2007), resulta necesario continuar con la evaluación de las propiedades psicométricas de la ESGO en formato lápiz y papel para poder comparar sus propiedades psicométricas en ambas modalidades.

Contribución de los autores:

a) Concepción y diseño del trabajo; b) Adquisición de datos; c) Análisis e interpretación de datos; d) Redacción del manuscrito; e) revisión crítica del manuscrito.

M.D. ha contribuido en a,b,c,d,e; J.U. en a,b,c,d,e; G.G. en a,b,c,d,e; E.E. en a,b,c,d,e.

Referencias

- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety, 31*(6), 506-516. doi: <https://doi.org/10.1002/da.22230>
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences, 42*(5), 825-829. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.024>
- Blumenthal-Barby, J. S., & Krieger, H. (2015). Cognitive biases and heuristics in medical decision making: a critical review using a systematic search strategy. *Medical Decision Making, 35*(4), 539-557. doi: <https://doi.org/10.1177/0272989X14547740>
- Clough, B. A., & Casey, L. M. (2015). The smart therapist: A look to the future of smartphones and Health technologies in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(3), 147. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/pro0000011>
- Davison, M.K., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment, 4*, 259-276. doi: <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the **SGO**: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology, 33*(4), 981-989. doi: [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(197710\)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4%3C981::AID-JCLP2270330412%3E3.0.CO;2-0)
- Doerfler, L. A., Addis, M. E., & Moran, P. W. (2002). Evaluating mental health outcomes in an inpatient setting: convergent and divergent validity of the OQ-45 and Basis-32. *The Journal of Behavioral Health Services and Research, 29*(4), 394-403. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02287346>
- Feltham, C., Hanley, T., & Winter, L. A. (Eds.). (2017). *The SAGE handbook of counselling and psychotherapy*. EE.UU.: Sage.
- Fernández Álvarez, H, Gómez, B. & García, F. (2013) Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle’s Program. *Psychotherapy Research, 25*(4), 84-94. doi: <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>
- Gelo, O. C. G., & Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. En *Psychotherapy Research* (pp. 247-277). Springer Vienna. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_13
- Gelo, O. C. G., & Salvatore, S. (2016). A dynamic systems approach to psychotherapy: A meta-theoretical framework for explaining psychotherapy change processes. *Journal of counseling psychology, 63*(4), 379. doi: <https://dx.doi.org/10.1037/cou0000150>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference 17.0 Update*. 10th Edition. Pearson: Boston.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2010). SEM: An introduction. *Multivariate data analysis: A global perspective*, 629-686.
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In *Psychotherapy Research* (pp. 183-194). Viena: Springer. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_9
- Hyler, S. E., Gangure, D. P., & Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS spectrums*, 10(5), 403-415. doi: <https://doi.org/10.1017/S109285290002277X>
- Johnson, M. E., Chipp, C. L., Brems, C., & Neal, D. B. (2008). Receiver operating characteristics for the brief symptom inventory depression, paranoid ideation, and psychoticism scales in a large sample of clinical inpatients. *Psychological Reports*, 102(3), 695-705. doi: <https://doi.org/10.2466/pr0.102.3.695-705>
- Kelley, S. & Bickman, L. (2009). Beyond outcomes monitoring: Measurement Feedback Systems (MFS) in child and adolescent clinical practice, *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 363-368. doi: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9162>
- Kline, P. (2013). *Handbook of psychological testing*. USA: Routledge.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, et al. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9162>
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi: <https://doi.org/10.1037/a0030682>
- Lara Muñoz, C., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M. L., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Lexcen, F. J., Hawk, J. L., Herrick, S., & Blank, M. B. (2006). Use of video conferencing for psychiatric and forensic evaluations. *Psychiatric Services*, 57, 713-715. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.5.713>
- Levendosky, A. A., & Hopwood, C. J. (2017). Terminating supervision. *Psychotherapy*, 54(1), 37. doi: <https://dx.doi.org/10.10437/pst0000096>
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2010). National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 26-36. <https://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.175>
- Muniz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). International Test Commission guidelines for test translation and adaptation. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Olfson, M., & Pincus, H. A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States, I: Volume, costs, and user characteristics. *The American journal of psychiatry*, 151(9), 1289-1294.
- Richards, P., & Bergin, A. E. (2014). *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-297.
- Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(2), 193-205. doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>
- Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y límites de la Psicoterapia. *Boletín Escuela de Medicina*, 23, 97-102. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=>

sci_arttext&pid=S1668-70272009000200006

- Vallejo, M., Jordán, C., Díaz, M., Comeche, M. & Ortega, J. (2007). Psychological Assessment via the Internet: A Reliability and Validity Study of Online (vs Paper-and-Pencil) Versions of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and the Symptoms Check-List-90-Revised (SCL-90-R). *Journal of Medical Internet Research*, 9(1), e2. doi: <https://10.2196/jmir.9.1.e2>
- Von Bergen, A., & de la Parra, G. (2002). OQ-45.2, Outcome Questionnaire and evolution of Psychotherapy: Adaptation, Validation and Guidelines for its implementation and interpretation. *Terapia Psicológica*, 20, 161-176.
- Weissman, M., & Cuijpers, P. (2017). Psychotherapy over the Last Four Decades. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(4), 155-158. doi: 10.1097/HRP.000000000000165
- Wood, W. D. (1982). An attempt to validate the psychoticism scale of the brief symptom inventory. *British Journal of Medical Psychology*, 55(4), 367-373. doi: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01521x>
- World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. World Health Organization.